

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE — N° 131

De l'Etranglement de l'Appendice SEUL dans les orifices herniaires

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR TIXIER

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 4 Juillet 1922

PAR

Alexis KHOURI HADDAD

né le 25 octobre 1896, au Caire (Égypte)



LYON

Imprimerie Jean DEPRELLE

ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1922

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE — N° 131

De l'Etranglement de l'Appendice

SEUL

dans les orifices herniaires

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR TIXIER

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 4 Juillet 1922

PAR

Alexis KHOURI HADDAD

né le 25 octobre 1896, au Caire (Egypte)



LYON

Imprimerie Jean DEPRELLE

ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire. M. HUGOUNENQ
Doyen. MM. J. LÉPINE
Assesseur. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales	POLICART
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE A.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargés d'un cours de :	Pathologie externe	VALLAS
—	Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.
NOGIER
BRETIN
LERICHE
THEVENOT (Léon)
TAVERNIER
CADE

MM.
GARIN
SAVY
FROMENT
THEVENOT (Lucien)
PIERY
COTTE

MM.
DUROUX
HOVELACQUE
TRILLAT
SARVONAT
FLORENCE G.
ROCHAIX

MM.
CORDIER
ROUBIER
FAVRE
MURARD
BONNET
GRAVIER, chargé des fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président ; PATEL, Assesseur
MM. COTTE et BONNET, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Nous le remercions pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

A MONSIEUR
LE PROFESSEUR AGREGÉ PAUL BONNET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Nous le remercions pour la grande sollicitude qu'il nous témoigna dans la rédaction de ce travail dont l'idée première lui revient.

INTRODUCTION

A l'heure actuelle, il n'est plus question de discuter l'existence de l'étranglement pur de l'appendice dans les orifices herniaires.

La discussion qui, pendant de nombreuses années — depuis la publication initiale de Maurice Pollosson en 1893 qui a attiré l'attention sur l'intérêt de ces cas — a séparé les chirurgiens de savoir si dans les cas observés il s'agissait d'étranglement de l'appendice ou d'appendice herniaire n'a plus de raison d'être depuis longtemps. La question est tranchée de la façon suivante :

L'appendicite herniaire est caractérisée par l'inflammation de l'appendice dans un sac herniaire. L'appendicite, avec ses multiples formes anatomiques se localise à l'intérieur d'un sac de hernie. Cliniquement, les signes généraux sont ceux de l'appendicite, seule la localisation imprime une certaine particularité aux manifestations cliniques.

A côté d'elle, l'étranglement de l'appendice. Il s'agit anatomiquement d'un étranglement de l'appendice non enflammé dans un sac herniaire, au même titre qu'un étranglement de l'intestin. Les lésions anatomiques de l'appendice sont celles de l'étranglement herniaire compa-

rables à celles de l'intestin étranglé ; elles peuvent aller jusqu'à la gangrène. Le tableau clinique est celui de l'étranglement avec cette différence que la circulation intestinale ne se trouve pas mécaniquement interrompue, que l'occlusion manque. Mis à part, les phénomènes parétiques d'iléus — de telle sorte que l'étranglement de l'appendice ressemble plutôt à l'étranglement de l'épiploon.

A la phase terminale de l'étranglement, si l'obstacle n'est pas levé la gangrène herniaire de l'appendice se manifeste et donne alors des signes anatomiques et des manifestations cliniques qu'il est pratiquement impossible de distinguer de ceux auxquels donne lieu l'appendicite herniaire.

C'est de là que vient la confusion, c'est pour ce motif que la distinction entre ces deux lésions, cependant différentes par leur mécanisme, différentes aussi par les lésions anatomiques du début a été l'occasion d'une période si longue de discussion.

Nous ne nous attarderons pas dans notre travail sur les points définitivement établis dans l'étude de l'étranglement de l'appendice.

Notre but étant surtout de discuter la conduite thérapeutique qui prête à quelques considérations particulières.

Nous nous efforcerons cependant de retracer l'étude générale de l'étranglement de l'appendice en utilisant pour cela la lecture des travaux antérieurs mais surtout la documentation que nous avons recueillie au dépouille-

ment de nombreuses observations aussi bien de celles publiées sous le titre d'appendicite herniaire que de celles nettement définies sous le nom d'étranglement de l'appendice.

Parmi ces dernières, nous ne retiendrons pour les rapporter en détail à titre de justification, que celles qui nous ont paru les mieux observées.

Notre travail a pour base une observation de M. le Professeur agrégé Paul Bonnet. Pour mener à bien ce travail, qu'il nous a inspiré, nous avons souvent eu recours à ses conseils. Il ne nous les a point ménagés et nous avons toujours trouvé auprès de lui l'accueil le plus bienveillant. Qu'il nous soit permis ici de lui exprimer avec nos remerciements l'assurance de notre grande reconnaissance.

CHAPITRE I

ÉTIOLOGIE

Il existe des étranglements de l'appendice à *gauche*. Kanewkaja, au cours d'une opération pour une hernie inguinale gauche du volume d'une tête d'enfant chez un homme de 38 ans, trouva l'appendice qu'il enleva par une incision à droite. Mais ceci constitue plutôt une rareté et le *côté droit* est le lieu de prédilection des étranglements de l'appendice.

Les trente observationsⁿ que nous avons retenues, parmi celles beaucoup plus nombreuses que nous avons parcourues dans la littérature médicale, vingt-cinq fois l'étranglement avait lieu dans une *hernie crurale* et cinq fois seulement dans une *hernie inguinale*, c'est-à-dire dans une proportion de 1 à 5.

L'étranglement de l'appendice est beaucoup plus fréquent chez la *femme*. Sur 30 malades, vingt-cinq étaient des femmes et cinq des hommes.

L'étranglement de l'appendice peut survenir à tous les âges, mais il est essentiellement une affection des *sujets âgés* au même titre que l'étranglement herniaire en général. Le malade de Ollerenshaw avait 10 jours, celui de Massoulard comptait 78 ans. Ce sont les âges extrêmes. En règle générale, la maladie devient fréquente à partir de 40 ans. Sur trente malades, vingt-trois avaient plus de 40 ans, dix-huit plus de 50.

Les *causes occasionnelles* de l'étranglement de l'appendice sont très variables. Ce dernier peut se produire à la suite de quintes de toux, d'un effort, d'une chute. Bien souvent à l'origine de l'étranglement aucun fait n'attire l'attention.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomiques constatées sont en général assez caractéristiques, du moins au début, et c'est l'observation de ces cas au début qui a précisément permis d'établir la distinction entre l'étranglement de l'appendice et l'appendicite herniaire.

Nous signalerons dès maintenant que l'on peut rencontrer dans un sac herniaire, à côté de l'étranglement de l'appendice, un étranglement de l'intestin, intestin grêle le plus souvent, et de l'épiploon.

Mais nous avons décidé de n'étudier dans notre travail que l'étranglement isolé et primitif de l'appendice dans le but d'éliminer les *associations qui altèrent le tableau clinique*, que nous désirons décrire en le compliquant d'une symptomatologie qui appartient à l'étranglement de l'intestin. Nous ne décrirons donc ici que les lésions constatées lorsque l'appendice est étranglé *seul* dans un sac herniaire.

Les lésions de l'appendice étranglé passent par deux phases, à vrai dire sans transition de l'une à l'autre :

- a) *Phase d'étranglement* ;
- b) *Phase de gangrène*.

Si nous établissons entre ces deux périodes cette distinction un peu artificielle, c'est pour permettre de décrire les lésions anatomiques du début qui, seules sont caractéristiques, alors qu'à la phase de gangrène il est impossible de distinguer la *gangrène herniaire de l'appendice* de l'*appendicite herniaire avec gangrène* de l'*appendice*.

a) *Phase d'étranglement.*

Lorsqu'on opère un étranglement de l'appendice à cette phase des lésions qui peuvent être constatées sont les suivantes :

Le *tissu péri-sacculaire* est infiltré de sérosité, parfois *ecchymotique*, mais l'absence de ces lésions est beaucoup plus fréquente. Dans aucune des observations que nous rapportons, l'existence de ganglions ne se trouve signalée.

Le *sac*, une fois libéré, présente le plus souvent une coloration noirâtre. Le *liquide sacculaire* est assez caractéristique : en effet, à l'ouverture du sac, il s'écoule un liquide parfois citrin, mais le plus souvent franchement sanglant, rouge sombre, ou séro-sanguinolent. Baignant dans ce liquide, en battant de cloche, se trouve un cordon rouge, turgescant, l'appendice augmenté de volume au point d'en imposer pour l'intestin grêle.

En suivant ce cordon, on lui reconnaît une extrémité libre. En haut, il disparaît sous l'anneau d'étranglement. Ce dernier est formé, soit par l'anneau crural, le ligament de Gimbernat, le collet du sac ou même un diaphragme constitué par le sac (obs. Rochard).

Après avoir débridé l'anneau d'étranglement, on peut

reconnaître la base d'implantation cœcale de l'appendice et d'assurer ainsi de son identité.

Lésions macroscopiques de l'appendice.

L'*appendice*, une fois découvert jusqu'à sa base d'implantation cœcale, se présente, coiffé de son méso, en cimier de casque, comme le testicule est coiffé de l'épididyme, car le *méso*, turgescent, rouge, noirâtre est gonflé par de véritables hémorragies intestitielles (Delore et Chaliér) dans la partie sous-jacente à l'étranglement. L'appendice lui-même est cylindrique, d'une rougeur vineuse, couvert, ainsi que le méso d'un exsudat glutineux.

Ces lésions, qui sont celles de la pointe, soumise à l'étranglement *s'arrêtent net* au voisinage de la base, plus ou moins loin de l'implantation cœcale.

Au niveau de l'appendice ou siégeait l'étranglement existe, dans presque toutes les observations, un *sillon* net, qui marque la trace circulaire de l'agent d'étranglement.

Au-dessus du sillon, l'appendice est sain, le méso normal. Un peu de congestion est parfois signalée.

A l'*ouverture de l'appendice*, on ne trouve pas de pus ; on trouve un peu de sang rouge, un caillot noirâtre.

On peut observer des *étranglements doubles* de l'appendice. Dans l'observation de Tapie « deux liens fibreux, presque circulaires, étranglaient de distance en distance cette masse cylindroïde parallèle à l'arcade éruvale. »

Il existe aussi des *étranglements rétrogrades*. Barbat rapporte que « le contenu du sac se composait de l'appendice replié sur lui-même et étranglé au niveau de l'anneau externe. L'extrémité de l'appendice était au-dessus de l'étranglement, et il fallut sectionner l'anneau d'un bout à

l'autre pour libérer. Alors, tout l'appendice sortit facilement. »

Lésions histologiques (1).

De nombreux examens histologiques ont été pratiqués d'appendices ainsi étranglés. Les lésions, à la phase de début, se retrouvent uniformes dans les observations :

« L'appendice enlevé a été examiné par notre chef de laboratoire, M. Landel, spécialement au niveau de l'étranglement, et nous présentons le dessin très démonstratif d'une coupe histologique passant à ce niveau.

Il existe assurément des lésions inflammatoires, mais assurément secondaires, car elles vont en décroissant de la partie étranglée vers le reste, et, à ce niveau les coupes montrent un appendice presque sain, seulement plus vascularisé qu'à l'état normal.

Au niveau de l'étranglement, on constate la destruction complète de la muqueuse, couches glandulaires et folliculaires, de la sous-muqueuse et de la plus grande partie de la couche musculaire circulaire. Au contraire le péritoine et la couche longitudinale lisse sont indemnes. » (Quénu).

« Dans son ensemble, l'appendice est scléreux, ne renferme plus trace de glandes, et l'ancienne lumière est occupée par du tissu fibreux. Le péritoine est partout épaissi. Au-dessus de l'étranglement, on ne remarque aucune autre particularité ; mais, au-dessus, il existe, dans la couche péritonéale et la couche musculaire des

(1) Nous aurions voulu présenter un examen histologique de notre pièce. Elle a été malheureusement égarée dans l'envoi au Laboratoire d'anatomie pathologique.

hémorragies. Il y a aussi une infiltration leucocytaire notable. Celle-ci est surtout abondante dans les coupes qui ont porté au niveau du sillon d'étranglement. Là, les éléments leucocytaires s'agglomèrent en certains points, notamment au voisinage du méso-appendice. » (Massoulard).

Les lésions sont, en somme, celles de l'étranglement herniaire, liés aux troubles circulatoires et à la constriction par l'anneau d'étranglement.

b), *Phase de gangrène.*

A cette période, il devient très difficile de différencier les lésions de celles que l'on observe dans l'appendicite herniaire, avec gangrène de l'appendice :

Le liquide-sacculaire est louche.

L'appendice est violacé, terne, en voie de sphacèle, très peu différent de ce qu'il est dans l'appendicite gangréneuse.

On n'y trouve cependant pas de calcul, tandis que celui-ci existe habituellement au niveau de la zone gangrénée dans l'appendicite.

Rotter prétend pouvoir distinguer, d'après l'aspect extérieur la gangrène herniaire de l'appendicite avec gangrène : « La coloration bleu noir de la gangrène est en faveur de l'étranglement, tandis que la gangrène de l'appendicite eut été brunâtre ou jaunâtre. »

Il nous semble possible que dans cette seconde phase, les lésions soient celles de l'appendicite vraie, car on peut supposer que l'étranglement mécanique réalise les conditions nécessaires (cavité close) à l'apparition de lésions inflammatoires.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

L'étranglement de l'appendice peut survenir chez une personne n'ayant jamais constaté l'existence d'une hernie. C'est l'*étranglement d'emblée*, qui survient habituellement à la suite d'efforts, toux... Dans d'autres cas, c'est une hernie connue de longue date qui s'étrangle secondairement sans qu'on puisse retrouver dans l'histoire clinique du malade une cause quelconque.

Dans ces derniers cas, en dehors même de la phase d'étranglement, on a pu quelquefois sentir l'appendice. « On sent, dit M. Klein, dans la vaginale, le testicule droit et, à côté de celui-ci un cordon du volume du petit doigt lisse, cylindrique, qui s'érige sous une pression un peu forte. On peut provoquer cette érection par une palpation répétée vivement. Par elle, l'organe se redresse facilement, soulevant les enveloppes qui le recouvrent. » Le diagnostic que fit Klein dans ce cas fut celui d'appendice dans un sac herniaire.

Maucelaire et Dambrin écrivent : « La malade raconte que

de temps en temps elle sentait à l'aine un cordon non douloureux, mais pas de tumeur. »

a) *Début.* — Mais ces cas sont rares et, en général, l'étranglement de l'appendice *débute* de la façon suivante :

C'est la douleur qui ouvre la scène. Le malade ressent de violentes coliques qui peuvent diminuer d'intensité au point de permettre au malade de vaquer à ses occupations.

D'autres fois, le malade souffre de quelques tiraillements au ventre ou bien la douleur se localise dans l'aine droite et affectera tous les degrés d'intensité. Enfin certains malades n'éprouvent pas de douleur véritable ; c'est « une sorte de gêne pénible. »

La flexion contracturée de la jambe a été signalée par Kolliker, Honssell, mais c'est un symptôme que nous n'avons pas trouvé dans nos observations. L'enfant d'Ollershaw resserait les jambes et criait comme un enfant atteint d'une affection abdominale.

b) *Période d'étranglement.* — L'étranglement, une fois constitué, les symptômes sont les suivants :

Les *vomissements* ne sont pas fréquents. Dans nos trente observations, ils n'ont été signalés que huit fois. Plus souvent, le malade éprouve quelques nausées, mais pas de véritable vomissement. D'autres fois, le vomissement est léger ou bien tardif (obs. II, de Pollosson, 3^e jour).

L'arrêt des matières n'est signalé que sept fois sur trente observations. Dans celle de Polosson (obs. II) il ne fut complet qu'au bout de deux jours. La malade de Potherat « n'avait aucun trouble abdominal, aucun dérangement intestinal ». La malade de notre observation a continué

pendant *neuf jours* à aller à la selle une fois par jour très régulièrement.

Il en est de même de l'*arrêt des gaz*. Il est encore beaucoup plus rare. Nous ne l'avons trouvé que trois fois et encore dans l'observation II de Pollosson il ne fut complet que le lendemain.

L'*état général* de ces malades est habituellement satisfaisant. On note quelquefois un faciès grippé, un pouls accéléré à 100 mais bien frappé, une légère élévation thermique. Mais en général tous ces symptômes sont peu prononcés.

Ce qui est caractéristique dans ce tableau c'est l'*absence des signes d'iléus*.

Si nous passons maintenant à l'examen physique du malade, voici ce que nous constatons :

Au niveau de l'aîne droite existe la tumeur dont le volume est des plus variables, le plus souvent c'est une petite hernie marronnée à moins que l'existence d'un lipome pré-herniaire en augmente le volume.

Cette *tumeur* est dure, tendue, souvent douloureuse à la palpation. La matité est un signe presque absolu. La peau au-dessus d'elle est normale, parfois rouge, oedémateuse, pouvant en imposer pour une adénite inguinale. Dans l'observation de Quénu, la tumeur était bosselée et fluctuante. Dans celle d'Ollerenshaw, le scrotum, du côté droit était rouge et tuméfié (hernie inguinale).

On peut dire, de façon générale, que les hernies crurales sont petites, marronnées, les hernies inguinales plus volumineuses.

Au-dessus, la paroi abdominale est souple, indolore. Quelquefois c'est le contraire et la palpation peut donner

d'utiles renseignements : Potherat, dans son observation, écrit : « qu'en déprimant la paroi abdominale, on sent ou croit sentir un pédicule au-dessous de l'arcade. »

Pour terminer ce tableau clinique, disons que fréquemment le bandage est mal supporté, à cause des douleurs qu'il provoque.

c) *Période de sphacèle.* — Toute cette symptomatologie appartient à l'étranglement herniaire de l'appendice, mais, au début seulement. Ensuite vient la *phase terminale* qui comporte un tableau clinique ne permettant pas un diagnostic précis. Cette phase peut-être atteinte rapidement (2 ou 3 jours) ou plus tardivement. Dans notre observation, au bout de 9 jours, l'appendice n'était pas encore gangrené.

A cette phase, les signes cliniques répondent aux lésions anatomiques de la gangrène herniaire. L'iléus paralytique peut l'accompagner. Alors se manifestent les signes de stercorémie : pouls petit, rapide, fuyant ; collapso, cyanose des extrémités. Localement, la gangrène herniaire peut évoluer vers le phlegmon herniaire, avec décollement des téguments, fistulisation spontanée.

Mais alors ces signes cliniques chevauchent avec ceux de l'appendicite herniaire, et il est impossible de les en différencier. Peut-être l'étude plus minutieuse des accidents initiaux pourrait-elle permettre, à la lecture d'observations étiquetées appendicites herniaires de penser rétrospectivement qu'il s'agissait en réalité d'étranglement de l'appendice avec sphacèle de l'organe. C'est un travail délicat de critique que nous ne nous sommes pas cru en droit d'entreprendre,

Beaucoup d'observations rapportées sous le titre d'appendicite herniaire avec gangrène de l'appendice, ne sont probablement que des étranglements de l'appendice parvenus à la période de gangrène.

Cette opinion que nous adoptons avec M. le Professeur agrégé Bonnet, d'après la lecture des observations recueillies dans de nombreuses thèses sur l'appendicite herniaire, avait déjà été exprimée par Massoulard, Delore et Chalié, etc...

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Il est assez rare que le diagnostic de l'étranglement de l'appendice ait été porté avant l'opération. Celle-ci s'impose heureusement du fait des accidents d'étranglement herniaire et la présence de l'appendice dans le sac est facile à reconnaître, une fois évacué, le liquide sacculaire.

a) A la *phase terminale* de l'étranglement, phase de sphacèle de l'appendice les signes cliniques restent ceux de l'étranglement herniaire avec gangrène ou de l'appendicite herniaire.

Une étude minutieuse des symptômes qui ont accompagné le début des accidents pourrait peut-être permettre de penser, dans quelques cas, qu'il s'agit d'accidents de sphacèle de l'appendice étranglé. En pratique, le diagnostic est extrêmement difficile et se confond avec celui de l'appendicite herniaire.

b) A la *phase initiale*, le diagnostic de l'étranglement de l'appendice semble possible. Les *symptômes essentiels* sont :

- 1° Les signes d'*étranglement herniaire* : apparition subite d'une hernie marronnée irréductible d'em-

blée ; irréductibilité subite d'une hernie habituellement réductible ; douleur à la pression.

2° L'absence ou l'atténuation des *signes d'occlusion* qui accompagnent habituellement l'étranglement de l'intestin ; la rareté relative du vomissement ; l'absence du symptôme, arrêt total des matières et des gaz sont les éléments négatifs qui pourraient conduire au diagnostic.

Ces symptômes essentiels sont communs aux étranglements herniaires d'organes autres que l'intestin : épiplocèle étranglée, hernie de l'ovaire ; épiploïte.

Aussi le diagnostic habituellement porté est-il celui d'*épiplocèle étranglée*.

Quelques signes pourraient-ils permettre de penser plutôt à l'étranglement de l'appendice ? Nous croyons qu'il y en a et qu'ils pourraient, dans quelques cas, mettre sur la voie du diagnostic :

a) S'il s'agit de *hernie inguinale*, l'*épiplocèle* est fréquente et c'est à elle que l'on doit songer en première ligne. L'*étranglement de l'appendice* est au contraire rare. Cependant, même à la phase d'étranglement, il semble qu'il puisse être possible de songer à la présence de l'appendice si l'on peut percevoir à la palpation du sac un corps régulièrement cylindroïde et de petit volume.

Les commémoratifs ont pu, dans des cas, rares d'ailleurs, permettre de faire le diagnostic : Klein avait perçu, dans une hernie inguinale, alors non étranglée, la présence d'un petit corps cylindrique, qui se mettait en érection, à la palpation la plus douce.

b) S'il s'agit d'une *hernie crurale* marronnée : L'*épiplo-*

cèle est plus rare ; L'*étranglement de l'appendice* est relativement fréquent ;

C'est sur le même plan de probabilité qu'il faut songer à ces deux affections.

Potherat avait signalé que dans son observation « on sent ou l'on croit sentir par la palpation de l'abdomen, un pédicule se dirigeant vers l'orifice crural ». Ce signe ne nous paraît pas présenter de valeur pour le diagnostic, car il doit être bien peu distinct de la corde épiploïque tendue vers une épiplocèle crurale.

Si l'on songe, dans des cas semblables, à l'*appendicite herniaire*, ce qui est rare, il nous semble qu'on peut établir que :

L'*appendicite herniaire* est plutôt une affection du jeune âge ; les signes se rapprochent davantage de ceux de l'*appendicite* : crises douloureuses antérieures : état nauséux et constipation habituels avant l'apparition des accidents, et, lorsque ceux-ci surviennent, ils s'accompagnent plus volontiers d'une élévation de température, de vomissements, de rapidité du pouls et même d'arrêt des matières et des gaz.

L'*étranglement de l'appendice* est une maladie des sujets âgés comme l'*étranglement herniaire*, et les signes généraux de l'*appendicite*, la fièvre en particulier, sont absents dans la période de début.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Il n'y a pas lieu de discuter les indications opératoires : elles s'imposent d'elles-mêmes dans la plupart des cas à cause du diagnostic qui est habituellement porté d'épiplocèle étranglée.

Le *Taxis* a été tenté souvent précisément en raison du diagnostic d'épiplocèle. En général, il est très douloureux et plus douloureux peut-être qu'il ne l'est habituellement dans les hernies crurales. La malade de Tapie souffrait tellement qu'elle se refusait à toute exploration prolongée. Elle accepta l'intervention.

Nous nous proposons de signaler d'abord pour mettre en évidence leurs avantages, les difficultés opératoires ou les incidents quelles sont les interventions auxquelles on a eu recours :

a) *Kélotomie*. — C'est l'intervention la plus souvent pratiquée par voie inguinale pour les *hernies inguinales* par voie crurale pour les *hernies crurales*.

La Kélotomie est simple le plus souvent : les auteurs

ont ouvert le sac, évacué le liquide, reconnu l'appendice, placé une ligature à sa base ; ils ont ensuite sectionné au-delà de la ligature.

Parfois il ne fut même pas nécessaire de libérer l'anneau d'étranglement.

Le moignon appendiculaire recouvert ou non d'un point séro-séreux fut réduit dans le ventre. Dans toutes nos observations la guérison s'ensuivit.

Il arriva que l'appendice, avant même qu'on eût le temps de l'explorer, se réintégra dans la cavité abdominale cela n'eût pas de suites fâcheuses.

D'autres auteurs, plus délibérément semble-t-il, trouvant que les lésions, ne justifiant pas l'appendicectomie, firent la réduction pure et simple de l'appendice. La guérison s'ensuivit (Brieger, Javamelli, Monod).

D'autres enfin, opérant sur des sujets déjà shockés par l'acte opératoire, renoncèrent à agrandir la plaie pour mettre au jour le cæcum et préférèrent courir les chances d'une réduction de l'appendice douteux. (Tapie).

Le plus souvent, il fut nécessaire pour mener à bien cette résection de libérer le ligament de Gimbernat ou le collet du sac, agent d'étranglement. Ceci permit d'attirer dans le sac la base d'implantation cæcale et de réséquer l'appendice à ce niveau.

Beaucoup d'auteurs signalent cependant qu'ils eurent de grandes difficultés pour amener le cæcum, d'autres y renoncèrent délibérément et se contentèrent de réséquer de l'appendice ce qui dépassait le sillon d'étranglement, de faire ainsi une résection partielle. Il y eut même quel-

ques incidents : déchirures du méso avec hémorragies du pédicule (Tapie).

Il semble, en général, que la Kélotomie par voie inguinale a permis plus souvent la résection typique de l'appendice ; les difficultés se sont trouvées plus grandes par voie crurale.

b) *La Kélotomie avec agrandissement de la plaie vers l'abdomen.* — Beaucoup d'auteurs, en présence des difficultés d'observer l'appendice à sa base ont éprouvé le besoin d'élargir vers l'abdomen l'incision de la kélotomie.

Pour les *hernies inguinales*, ce fut simple, on fit une *hernio-laparotomie* qui donna un jour excellent.

Pour les *hernies crurales*, il fallut bien sectionner l'arcade crurale pour se donner du jour (Legueu, Rochard, Bleyne et Descazals).

c) *Opération combinée.* — Dans certaines observations de hernie crurale, les auteurs, renonçant à sectionner l'arcade en prévision des risques trop grands d'éventration qu'il est classique d'attribuer à l'emploi de ce procédé, préférèrent ouvrir délibérément le ventre par laparotomie :

C'est ainsi que Morestin, pour se donner du jour, débrida l'agent d'étranglement (lig. de Gimbernat). Comme il était impossible, malgré le temps complémentaire, d'aborder le cæcum et de faire une appendicectomie correcte, il ouvrit le ventre au-dessus de l'arcade, lia isolément la base de l'appendice et du méso, et pratiqua la section. Il lui fut alors possible d'extraire l'appendice par voie crurale.

M. le Professeur agrégé P. Bonnet, trouvant à la kélotomie l'appendice étranglé, ne tenta même pas une légère traction pour attirer l'appendice. Dans la crainte d'en augmenter les lésions, il lui sembla plus rationnel d'intervenir par le ventre pour réséquer l'appendice, puis de l'extraire par la voie crurale de façon à réduire au minimum les risques d'infection de la cavité péritonéale par le contenu septique du sac. Il fit une laparatomie par incision oblique au-dessus de l'arcade, lia délibérément les vaisseaux épigastriques et se trouva ainsi immédiatement en présence de la base d'implantation de l'appendice sur le cœcum. A l'aide d'une aiguille de Cooper, il passa un double fil, lia isolément l'appendice et son méso, sectionna au thermo-cautère entre deux ligatures, l'appendice, pratiqua l'enfouissement et referma complètement la paroi abdominale. Revenant alors à l'orifice crural, il attira sans difficulté l'appendice isolé du cœcum. Le sac fut réséqué et l'orifice crural fermé.

Critique des interventions

Il est difficile de condamner de façon formelle l'un ou l'autre de ces techniques opératoires, puisque tous les malades ont guéri. Il convient cependant de souligner les avantages et les inconvénients des méthodes avant de proposer une ligne de conduite :

Malgré que la *kélotomie* se trouva, dans des cas assez nombreux, simple d'exécution, nous devons dire qu'elle ne peut pas être considérée comme la méthode de choix.

Lorsque la hernie est inguinale, le jour donné par herniotomie peut être suffisant pour découvrir la base d'im-

plantation de l'appendice, condition essentielle d'une appendicectomie correcte.

Il n'en est pas de même dans la hernie crurale. Les observations où l'appendicectomie fut complète sont rares ; le plus souvent l'appendice ne fut réséqué que partiellement. Nous croyons pouvoir condamner une opération qui, donnant l'occasion d'enlever un appendice douteux, se contente de réséquer la partie visiblement malade.

A plus forte raison, que doit-on penser de la réduction pure et simple de l'appendice ? Laisser les choses en état est une conduite excusable à la rigueur lorsque la réduction spontanée est un accident et que l'état général ne permet pour vérifier et enlever l'appendice ; mais nous pensons que l'appendicectomie doit être un temps indispensable de l'opération.

Et nous ne comptons pas avec les incidents opératoires, toujours possibles par cette voie étroite (hémorragie du méso, rupture au niveau du sillon d'étranglement).

Nous ne croyons donc pas que la kélotomie pure et simple même avec section de l'anneau d'étranglement (ligament de Gimbernat) puisse être proposée comme méthode de choix :

I. — Dans les *hernies inguinales la hernio-laparatomie* nous semble devoir être pratiquée d'emblée. Dès que le sac ouvert, on a reconnu la présence de l'appendice, on doit délibérément, avant toute manœuvre sur l'appendice donner du jour sur le cœcum par hernio-laparotomie.

II. — Dans les *hernies crurales*, dès que la kélotomie a permis de reconnaître l'appendice, quelle opération convient-il de pratiquer :

Nous croyons pouvoir condamner la *section de l'arcade crurale* ; par elle-même, elle ne suffit pas à donner un jour suffisant et le délabrement qu'elle entraîne, condamné de façon générale dans la hernie crurale étranglée ne peut pas être davantage justifiée dans les étranglements de l'appendice.

La méthode de choix pour les étranglement de l'appendice dans un *sac crural* nous paraît être la méthode combinée : Herniotomie d'abord, laparatomie ensuite.

La kélotomie permet de faire le diagnostic qui, dans la plupart des cas, ne pourra être que douteux avant l'opération. Mais aussitôt l'appendice reconnu dans le sac, nous pensons qu'il faut recourir à la *laparotomie*.

Celle-ci sera une laparotomie au-dessus de l'arcade, car l'incision de Jalaguier n'est pas de mise en pareil cas où le cœcum se trouve attiré dans le voisinage de l'orifice herniaire.

Cette méthode combinée nous paraît avoir le double avantage de permettre une appendicectomie correcte en donnant du jour sur le cœcum et d'éviter l'inoculation du péritoine par le contenu septique du sac.

On peut se demander si le diagnostic d'étranglement de l'appendice étant fait avant l'opération il n'y aurait pas lieu d'inverser la formule c'est-à-dire commencer par la laparatomie pour terminer par le temps crural. Il est possible qu'en pareil cas, cette méthode puisse être proposée comme méthode de choix, mais nous ne possédons pas les éléments nécessaires pour faire autre chose que poser la question.

Résultats

Dans toutes les observations l'intervention fut suivie de succès et les malades furent guéris.

L'excellence des résultats nous paraît pouvoir être attribuée à ce fait que les cas publiés comme étranglement de l'appendice se rapportent à des lésions peut avancées de l'étranglement avant la phase de gangrène herniaire tandis que les cas opérés en période de gangrène confirmée sont publiés sous le titre d'appendicite herniaire et viennent grever de leur mortalité le pronostic de cette dernière affection.

Pour cette raison, nous n'avons pas cru devoir étudier le pronostic de l'étranglement de l'appendice abandonné à lui-même puisque dès que la maladie s'aggrave et se complique par le sphacèle de l'appendice, on la fait, par une confusion actuellement difficile à éviter, rentrer dans le cadre d'une autre maladie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. Pollosson, *Lyon Médical* 1893.

A. F..., repasseuse, 37 ans, demeurant à Lyon. Entrée le 21 août 1890, sort le 15 septembre 1890.

La malade a vu survenir, à droite, une petite tumeur dans la région crurale, il y a 5 ans. Elle n'a jamais porté de bandage. Elle avait eu, avant la hernie, deux enfants.

Il y a deux jours, sans efforts, elle vit la tumeur devenir tendue et volumineuse, elle eut des coliques et des envies de vomir. Le lendemain, elle dut garder le lit, eut encore une selle ce jour-là, mais remarqua qu'elle ne pouvait plus faire de gaz.

Le troisième jour, au matin, elle eut un vomissement et des hoquets. Le docteur Victor Morel, appelé, diagnostiqua un étranglement herniaire et l'envoya à l'Hôtel-Dieu. Là, le lendemain, à la visite, on trouve la malade avec faciès grippé, pouls petit, se plaignant de coliques violentes, de nausées, et n'ayant ni selles, ni évacuations gazeuses. On sent, dans la région crurale, une petite tumeur marronnée, tout à fait identique à la tumeur de la hernie crurale étranglée.

Opération. — La malade, anesthésiée, l'opération est conduite comme pour une hernie vulgaire. On trouve un sac, on l'incise : il renferme un liquide rougeâtre assez abondant, et, à l'intérieur, au lieu d'intestin ou d'épiploon, on trouve un cordon rougeâtre, long de 5 à 6 cm, du volume du petit doigt, présentant l'aspect d'un pénis d'enfant en érection. Sur un point de sa circonférence est un bourrelet graisseux analo-

gue aux appendices épiploïques du gros intestin. On débride l'anneau avec le bistouri de Cooper ; on tire légèrement au dehors l'organe hernié, et on voit qu'à la partie étranglée, au bourrelet rouge, fait suite un cordon pâle, du diamètre d'un porte-plume, c'est l'appendice iléo-cœcal.

On place une ligature au catgut, à un centimètre au-dessus du point étranglé, on coupe au-dessous du fil, on réduit, on extirpe le sac (cure radicale) et on suture la peau..

Les suites de l'opération furent très simples et la malade sortit guérie le 15 septembre 1890.

Examen de la pièce. — La partie réséquée présentait à son centre une cavité tubulaire terminée en cul-de-sac. La paroi de cette cavité avait un aspect muqueux. La portion située au-dessous de l'étranglement était instablement tuméfiée et d'un rouge vineux.

Il n'a pas été fait d'examen histologique, mais il ne paraît pas douteux qu'il s'agit d'appendice intestinal et, suivant toute probabilité, de l'appendice iléo-cœcal.

OBSERVATION II

M. Pollosson, *Lyon Médical*, 1893.

X... Y..., infirmière, 32 ans, Hôtel-Dieu de Lyon.

Porte, depuis deux ans, une hernie crurale droite. A son apparition, la tumeur a été douloureuse et a provoqué des phénomènes d'étranglement, qui ont disparu après un taxis presque immédiat. Depuis, la malade a porté un bandage, mais seulement d'une façon intermittente. Il y a huit jours, la hernie est sortie et est devenue douloureuse ; elle a été supportée dans cet état. Cependant, le 3 mars, la douleur locale a augmenté, il y a eu des coliques, des nausées (pas de vomissements), de la constipation. On se décide à demander un chirurgien.

Le samedi 4 mars, M. Pollosson est appelé auprès de la malade. Il constate dans la région crurale droite, au siège des hernies crurales, une tumeur du volume d'un citron, médio-

crement tendue, douloureuse à la pression, surtout au niveau du pédicule. Vu l'absence de vomissements et la marche des accidents, on pense à une épiplocèle étranglée. La patiente étant jeune et d'une bonne santé habituelle, on se décide à intervenir dans le but de mettre immédiatement fin aux accidents aigus et de faire la cure radicale de la hernie.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Incision sous l'arcade, sur la tumeur, suivant son grand axe, qui est transversal. Dissection et isolement du sac jusqu'à son pédicule. Le sac est doublé extérieurement d'une couche de graisse, épaisse et irrégulière. On incise le sac qui est de petite dimension : issue d'un peu de sérosité. Le doigt introduit dans le sac rencontre profondément, au devant de l'anneau crural, une petite tumeur dure, résistante, du volume d'une phalange inguéale. L'incision agrandie, on voit que cette tumeur est constituée par un corps cylindroïde, rougeâtre, tendu, d'aspect intestinal sur une partie de son contour présentant comme un appendice épiploïque sur un des bords. Le corps cylindroïde a environ 4 cm de longueur et se termine par une extrémité fermée et arrondie. On a tout à fait l'impression qu'il s'agit de l'appendice tuméfié. On l'attire sans débrider, et la partie qui fait suite est un cordon pâle, à surface séreuse, d'un diamètre inférieur à la portion herniée.

On place une ligature au catgut à 7 cm de l'extrémité.

La muqueuse du tube étant apparente après section au dessous du fil, on ferme cette extrémité au moyen de deux points séro-interstitiels au catgut très fin. On réduit facilement et on achève l'opération par les manœuvres de la cure radicale (résection du sac).

Le fragment réséqué se présente sous forme d'un tube fermé en cul-de-sac à une de ses extrémités. Il présente sur un côté un appendice graisseux. Le tube est tapissé d'une muqueuse. La portion réséquée se compose de 2 parties, l'une plus volumineuse, à surface rosée ; l'autre séparée de la précédente par un sillon peu masqué, a tout l'aspect de l'appendice iléo-cœcal normal.

Les suites de l'opération ont été très simples : les phénomènes de douleur et d'étranglement ont immédiatement cessé, et actuellement (15 mars) la malade est convalescente.

OBSERVATION III

Massoulard, *Arch. Prov. de Chir.*, 1906.

Le 2 février 1905, nous étions appelé par notre excellent confrère et ami, le Dr Rilhac d'Etissac, auprès d'une femme, âgée de 78 ans, qui portait depuis un ans une hernie crurale droite de petit volume, habituellement de réduction difficile, mais, jusqu'à ce jour, jamais douloureuse. La malade n'avait pas porté de bandage. Depuis 24 heures, la hernie était devenue franchement irréductible et douloureuse, en même temps que quelques vomissements étaient apparus.

A l'examen, on trouvait une hernie crurale droite, marronnée, tendue, douloureuse à la pression, mate, irréductible. Il y avait des nausées et quelques vomissements. Depuis l'apparition, la malade n'avait pas eu de selle ; toutefois, elle avait rendu quelques gaz. Le pouls et la température étaient normaux, l'état général satisfaisant.

Bien que ne trouvant pas la corde épiploïque, nous supposons qu'il s'agit d'une épiplocèle étranglée et décidons l'intervention immédiate.

Les tissus péri-sacculaires, ne présentent pas trace d'inflammation. Le sac lui-même a des parois épaisses mais nullement enflammées. Il renferme une petite quantité de liquide rosé, sans odeur, dans lequel nage un appendice long de 3 centimètres. Une traction modérée ne réussit pas à attirer une plus grande longueur d'appendice hors du ventre. Il y a étranglement manifeste. Après débridement, l'appendice entier et le fond du cæcum apparaissent dans la plaie.

L'appendice est accompagné d'un méso jusqu'à son extrémité libre. A 3 centimètres de sa pointe, il porte un sillon d'étranglement très net, qui se continue sur le méso. Celui-ci occupe le côté interne de l'appendice ; c'est lui qui était en rapport avec le ligament de Gimbernat. Au-dessous de l'étranglement, appendice et méso sont uniformément rouges, de teinte ecchymotique. Toutefois, leur volume est peu augmenté. Au-dessus de l'étranglement, les parties sont normales, à l'exception d'une petite tache hémorragique dans l'épaisseur du méso. L'appendice est réséqué à sa base, le

sac extirpé et fixé par un point de Backer, l'anneau crural oblitéré par deux points allant du pectiné à l'arcade crurale. La guérison s'est faite très simplement.

L'examen histologique de l'appendice enlevé a été pratiqué par notre ami, le D^r Job, de Lille, et a donné le résultat suivant. Dans son ensemble, l'appendice est scléreux, ne renferme plus trace de glandes, et l'ancienne lumière est occupée par du tissu fibreux. Le péritoine est partout épaissi. Au-dessus de l'étranglement, on ne remarque aucune autre particularité ; mais, au-dessus, il existe dans la couche péritonéale et la couche musculaire des hémorragies. Il y a aussi une infiltration leucocytaire notable. Celle-ci est surtout abondante dans les coupes qui ont porté au niveau du sillon d'étranglement. Là, les éléments leucocytaires s'agglomèrent en certains points, notamment au voisinage du méso-appendice.

Il nous paraît utile, avant d'aller plus loin, d'attirer l'attention sur l'aspect macroscopique de l'appendice. Celui-ci, au-dessous du sillon d'étranglement, était peu augmenté de volume ; en outre, sa coloration était d'un rouge ecchymose et non d'un rouge inflammatoire ; enfin, au-dessus de l'étranglement, il était absolument normal. Pour qui a réséqué quelques appendices enflammés, il était évident qu'il s'agissait d'autre chose. Si bien que, dès l'ouverture du sac herniaire, nous avons songé à l'étranglement et pas un seul instant à l'inflammation.

OBSERVATION IV

Ricou, *Soc. Anat.*, 1905.

Mme P..., 52 ans, entrée à l'hôpital Cochin (Pavillon Velpeau), le 26 décembre 1904, pour une hernie crurale étranglée.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de hernie.

Antécédents personnels. — Hernie apparue, il y a sept ans, sous la forme d'une petite tumeur, située à droite et dans la région du triangle de Scarpa. Cette tumeur ne se montrait qu'au moment de la toux et des efforts et se réduisait avec la

plus grande facilité. Augmentation insensible du volume de la tumeur. Quelques crises douloureuses de temps à autre et s'accompagnant même de vomissements. Jamais de bandage herniaire.

La malade vient consulter en octobre 1904. A ce moment, il y avait une tendance marquée à l'irréductibilité sans aucun signe d'étranglement. On conseille la cure radicale. La malade promet de revenir.

Le 25 décembre, la hernie sortie dans une quinte de toux, ne peut plus être rentrée. Cette irréductibilité brusque s'accompagne presque immédiatement de douleurs et de *trailements de la fosse iliaque*. Pas de matières ni de gaz par l'anus depuis cette irréductibilité. Eructations fréquentes. Nausées, mais pas de vomissements. La malade entre le lendemain, 26 décembre, au Pavillon Velpeau.

Examen. — Tumeur de la partie supérieure de la cuisse droite (région du triangle de Scarpa), du volume d'une petite mandarine, aucune modification de la peau à son niveau. Cette tumeur est pseudo-fluctuante (épiploon ?), sessile, douloureuse à la pression, irréductible par un taxis que nous faisons d'ailleurs extrêmement modéré. Elle est située en dedans des vaisseaux, au-dessous de l'arcade, et ne tend nullement à se diriger vers la grande livre correspondante dont elle est nettement séparée. Elle est mate dans tout son étendue. *Pas de matières ni de gaz. Etat nauséux sans vomissements.* Langue saburrale mais état général très satisfaisant, *température et pouls normaux.*

Nous faisons le diagnostic de hernie crurale étranglée et nous nous préparons à une opération immédiate.

Opération le 26 décembre 1904, une heure après l'entrée à l'hôpital. — Chloroforme. Incision verticale sur la tumeur. Nous arrivons rapidement sur une poche fluctuante de coloration noirâtre, que le doigt isole assez facilement des tissus environnants. Cette poche, située dans l'aire du triangle de Scarpa, possède un pédicule qui s'engage dans l'orifice crural à sa partie la plus interne. Ouverture de la poche. Il s'écoule un liquide fortement teinté de sang. Nous nous trouvons alors en face d'un boyau noirâtre dans lequel nous reconnaissons immédiatement l'appendice vermiculaire étran-

glé et son méso. Cet appendice est turgescent, noirâtre, augmenté de longueur, mais ne porte aucune trace d'inflammation antérieure ou actuelle. Le méso est également congestionné au maximum et forme une sorte de bouchon capable à lui seul d'empêcher toute réduction. Une pince est placée sur cet ensemble et le débridement opéré. Nous pouvons alors attirer l'appendice et examiner le point où la constriction a été le plus énergique. A ce niveau, il y a un contraste net entre le segment cœcal non étranglé (long de 1 cm environ) et le segment contenu dans le sac herniaire. Entre les deux segments existe un sillon imprimé par le ligament de Gimbernat, mais aucune lésion inquiétante au point de vue de la vitalité.

Nous avons nettement la sensation que nous pourrions réduire sans danger. Nous croyons cependant ne pas devoir manquer cette occasion d'enlever l'appendice. En conséquence, ligature au catgut n° 2 de l'appendice et du méso, — excision au thermo, — enfouissement dans la paroi cœcale. Nous terminons par la dissection, et la ligature du sac herniaire. Quelques points en U unissent l'arcade crurale à l'aponévrose du pectiné. La plaie est refermée et un petit drain laissé à la partie inférieure de l'incision.

Suites opératoires. — Excellentes. Gaz rendus le soir même. Drain enlevé au bout de quarante-huit heures. Réunion par première intention.

La malade sort guérie le 22 janvier 1905.

OBSERVATION V

Bouillet, *Thèse de Bordeaux*, 1899.

X..., âgée de 73 ans, sans profession, entre à l'hôpital dans le Service de M. le Professeur Demons, le 23 mars 1898.

Histoire de la maladie. — Il y a huit mois, la malade s'aperçoit qu'elle a, à droite, dans le pli de l'aîne, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur est indolore. Le médecin, appelé immédiatement reconnut l'existence d'une hernie. Il y envoya la malade à Bordeaux pour s'y commander un bandage. Comme la pelote avait été mal rem-

bourrée, la malade fut blessée au point de compression et refusa de porter plus longtemps le bandage.

Depuis cette époque jusqu'à dimanche dernier, la malade n'a pas eu à souffrir de sa hernie, qui rentrait et sortait facilement sans qu'elle y fit attention.

Il y a quinze jours, la malade était constipée, elle allait difficilement à la selle. Pendant les efforts de la défécation, elle éprouvait une douleur au niveau de sa hernie. Dimanche dernier, 20 mars, elle remarqua le matin en s'habillant que sa hernie était sortie et assez grosse. Elle alla à la selle comme à l'ordinaire et s'occupa de son ménage. Mais dans les efforts qu'elle faisait, elle sentait une douleur assez vive au niveau de l'aîne droite. Elle déjeuna bien, de bon appétit ; mais, dans l'après-midi, elle se sentit fatiguée et fut prise vers 7 heures du soir de vomissements et de coliques. Elle vomit une première fois, puis une seconde, et ce fut tout. Les matières vomies ont été peu observées, la malade prétend que c'étaient des glaires blanchâtres. En même temps, elle ressentait de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, sous forme de coliques. Pendant les efforts de vomissements, la hernie tendait à grossir davantage, et dans tous les cas la tumeur n'a pas diminué depuis ce moment-là jusqu'à jeudi, jour de l'opération.

Dans la nuit du 20 au 21 mars, les coliques se calmèrent. Le lundi matin, la malade prit du lait et un œuf. On essaya de lui donner un lavement pour obtenir une selle ; mais à peine introduite dans l'anus, la canule était expulsée avec le lavement.

Le même état se maintient le 21 et le 22 mars et les douleurs se calmèrent complètement, la malade s'alimentant avec du lait et du bouillon. Le mardi elle rendait par l'anus une grande quantité de gaz. Le mercredi 23 mars, elle fit appeler un médecin qui diagnostiqua une hernie étranglée essaya le taxis pendant cinq minutes, et, en présence de l'inutilité de ses efforts, conseilla à la malade d'entrer à l'Hôpital Saint-André pour s'y faire opérer.

Etat actuel. — L'état général est assez bon à l'entrée à l'hôpital. Le teint est peu altéré, le pouls est bon.

Inspection. — Au niveau du pli inguinal droit un peu

effacé et au-dessous d'une ligue tirée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis, on constate la présence d'une tuméfaction qui fait une légère saillie et dont le volume est difficile à apprécier à l'œil. La peau qui la recouvre n'est pas altérée.

Palpation. — Cette tumeur est dure, élastique, irréductible (le taxis véritable n'est pas tenté). On arrive difficilement à sentir un pédicule assez large qui rattache cette tumeur au-dessous de l'arcade crurale. La palpation est douloureuse.

Percussion. — La tumeur est mate.

Examen de voisinage. — Dans l'abdomen et dans les autres points où se montrent d'ordinaire les hernies, on ne trouve ni tuméfaction, ni point douloureux.

Opération. — Sous chloroforme, M. Demons fait une incision parallèle au pli de l'aîne et sur le point culminant de la tumeur. Après la peau, le tissu cellulaire et une aponévrose, on tombe sur un tissu graisseux vasculaire ecchymotique que l'on prend pour de l'épiploon. On essaye en vain de l'attirer au dehors et d'insinuer le doigt à la partie interne de la tumeur. On arrive difficilement à introduire le bistouri boutonné et à débrider le ligament de Gimbernat. Ceci fait, on attire au dehors la hernie : on résèque le tissu graisseux ecchymotique et on trouve une poche brun noirâtre de mauvais aspect, ressemblant à de l'intestin ou à un sac herniaire fortement comprimé. Après quelques hésitations on étrangle cette partie avec une pince et on l'ouvre prudemment avec la pointe des ciseaux. Il s'écoule un liquide séro-sanguinolent, d'odeur légèrement fétide. On peut voir qu'elle contient un organe de même couleur, allongé, turgescent, dont la partie profonde est comprimée par le collet du sac. Cet organe libre d'adhérences est attiré au dehors et réséqué en totalité au-dessous d'une ligature. On enlève la portion de muqueuse qui fait hernie et on fait une suture séro-séreuse. On réduit et on achève l'opération par la cure radicale en laissant un drain dans la plaie. A l'examen on reconnaît dans l'organe réséqué, l'appendice iléo-cæcal, dont la longueur était de 7 centimètres environ. On constate un commencement de perforation limité à la tunique externe.

27 mars. — Purgation. La malade va bien à la selle.

28 mars. — Ablation du drain.

Les jours suivants amélioration rapide.

7 avril. — Cicatrisation de la plaie.

9 avril. — La malade sort guérie. M. Verdelet, chef de clinique chirurgicale, a eu des nouvelles de la malade le 15 juillet dernier. Elle va bien. Mais il persiste une petite pointe de hernie, qui nécessite le port d'un bandage.

OBSERVATION VI

H. Hemsted, *British Méd. Journal*, 1900.

A. A., âgée de 33 ans, mariée, admise le 8 juillet 1900 avec les symptômes d'une hernie crurale étranglée.

Histoire. — Le 6 juillet, elle a essayé de soulever une lourde échelle et elle crut qu'elle « s'était déchirée ». Elle remarqua une tuméfaction dans l'aîne droite. Elle n'y prit garde jusqu'au lendemain où la tumeur devint douloureuse. Le 8 juillet elle se sentit malade et vomit 8 fois. Elle alla à la selle dans la nuit du 7 juillet après l'accident et aussi le 8 juillet à 11 heures. Il n'y eut pas arrêt des gaz.

A l'examen, la malade est anémique, d'une constitution plutôt faible. Localement on trouve une tumeur dans l'aîne droite du volume d'une grosse noix, tendue, douloureuse, irréductible et mate à la percussion. On pose comme diagnostic, étranglement épiploïque ou hernie de Richter.

Opération, 8 juillet 5 h. 45. — Incision classique pour une hernie crurale. Ouverture du sac. Environ 2 onces d'une sérosité de couleur foncée sortit du sac. Un segment d'intestin tordu d'un petit calibre de couleur foncée était dans le sac. En attirant le segment au dehors pour s'assurer qu'il n'était ni perforé, ni ulcéré sur quelque partie, on constata que l'une des parties du segment était terminale avec un bout de mésentère, ce qui prouva l'identité de ce segment avec l'appendice iléo-cæcal dans un état d'étranglement. Il fut excisé sur une longueur de 5 pouces environ.

L'ouverture herniaire fermée avec de la soie et la peau suturée.

Guérison.

OBSERVATION VII

Robert Ollerénshaw, *The Lancet*, 1911.

Le 18 décembre 1910, à 6 h. du matin, un nouveau-né du sexe masculin, âgé de 10 jours, était admis au « Royal Salford Hospital » sous ma direction.

La mère assure que l'enfant n'eut pas n'importe quel signe de maladie à part une enflure et rougeur du scrotum. L'enfant tète et se nourrit bien. Pas de vomissement. Une bonne selle le matin de son entrée à l'hôpital.

C'était un bébé mal nourri, de dimension normales. Restait couché et tranquille. Au début de cette affection, il resserait les jambes et criait comme un enfant atteint d'une affection abdominale.

Le côté droit du scrotum était légèrement enflé et d'une couleur rouge brillante. La mère ne peut pas dire si elle a constaté le gonflement, mais elle a seulement remarqué la rougeur quand elle baigna l'enfant le matin. La région inguinale droite est également rouge. En palpant le scrotum, le testicule droit paraît un peu plus gros que celui de gauche et les téguments du scrotum gardent l'empreinte du doigt. Le diagnostic se posait entre torsion du testicule droit et la condition actuellement trouvée, étranglement de l'appendice.

Incision comme pour une hernie inguinale. Exposition du sac contenant l'extrémité libre de l'appendice étranglée et presque sphacélée. L'orifice interne largement ouvert et l'obstruction enlevée. La partie interne de l'appendice est extériorisée pour que la base de l'appendice soit accessible.

Appendicectomie, enfouissement du moignon.

Le cæcum était très mobile.

Certains auteurs affirment que le diagnostic de hernie étranglée de l'appendice est souvent incorrect, car fréquemment il s'agit d'appendicite herniaire.

Dans ce cas, il s'agit bien d'étranglement car la partie située au-dessus de l'étranglement était saine. Le sac est enlevé. Cicatrice par première intention.

L'auteur attire l'attention sur l'âge du malade.

OBSERVATION VIII

Esnoult, *Thèse de Paris*, 1914.

M. Louis, 56 ans, 8 avril 1905.

Hernie inguinale droite étranglée depuis 6 heures. Appendice contenu dans la hernie, de teinte un peu plus rouge que l'intestin, congestionné, tendu dans son extrémité herniée. Débridement de l'anneau.

Appendicectomie. Cure radicale.

Guérison.

Pièces. —Sillon net de stricture sur l'appendice à un demi-centimètre de sa base. Aucune lésion d'appendicite.

Ce cas est une observation d'étranglement de l'appendice avec début de congestion. Si l'opération n'avait pas été pratiquée, il est bien probable que l'extrémité herniée se serait sphacélée de même qu'un intestin étranglé.

OBSERVATION IX

Esnoult, *Thèse de Paris*, 1914.

S... Sophie, 67 ans, 22 janvier 1914.

Femme entrée pour étranglement d'une petite hernie crurale, complètement ignorée de la malade. Etranglement datant de 3 jours. La femme était très souvent constipée. Toutefois, elle a été une fois à la garde robe la veille de l'intervention, mais d'une façon peu abondante.

A l'examen, dans la région du pli de l'aîne, on constate une tuméfaction et une rougeur.

Tumeur du volume d'une petite mandarine, rouge, tendue, ressemblant à une adénite inguinale aiguë.

Pas de fluctuation nette.

Matité de la tumeur.

Peau tendue, lisse, rouge vif.

Etat général bon.

Incision. On tombe sur un sac herniaire à parois très épaissies, fibreuses, contenant un peu de liquide séro-sanguinolent et l'appendice long de 8 cm, absolument gangrené. Odeur infecte.

Au niveau du collet de la hernie, sillon de stricture sur l'appendice. La portion extrasacculaire de l'appendice et le cæcum sont sains.

Ablation de l'appendice au ras du cæcum. Enfouissement. Cure radicale de la hernie. Pronostic réservé en raison du sphacèle de l'appendice et des lésions du sac herniaire.

Légère infection de la paroi qui cède à quelques pansements humides.

Sort guéri le 24 février 1914.

Voici bien, nous semble-t-il, le type de l'étranglement appendiculaire prolongé.

Il n'y a eu absolument aucun signe d'appendicite et le sphacèle constaté sur l'appendice était strictement limité à la portion étranglée.

OBSERVATION X

Potherat, *Soc. de Chir.*, Paris, 1909.

Cette femme, qui appartient à mon service privé de l'hôpital de Bon-Secours, est âgée aujourd'hui de 54 ans. Rien, dans son passé, ne mérite de retenir notre attention. Malgré six grossesses normales et une vie extrêmement laborieuse, elle n'a jamais été malade. C'est, il y a 5 ans environ, que pour la première fois elle s'est aperçue qu'elle était porteuse d'une petite tumeur grosse comme un noisette au niveau du pli de l'aîne, à droite. Cette humeur apparaissait, disparaissait, réapparaissait alternativement ; un médecin que cette

femme consulta porta le diagnostic, assurément exact, de hernie crurale, et lui conseilla de porter un bandage. Ce qu'elle fit d'une manière régulière jusqu'à ces derniers jours. Elle était satisfaite de ce traitement et avec raison, puisque aussi bien elle n'éprouvait aucun accident et que sa hernie était bien maintenue. Elle avait bien parfois des crises de vomissements alimentaires ou bilieux, mais elle les rapporte à des attaques de migraine à laquelle elle est sujette. Mais voici que le 10 de ce mois elle s'aperçut, le soir en se couchant, que sa hernie ne rentrait plus, qu'en outre, elle avait notablement augmenté de volume. Cette augmentation alla en s'accusant dans les jours suivants au point d'atteindre le volume d'un gros œuf de poule, suivant l'expression de mon élève M. Guitton, qui a rédigé l'observation. La malade éprouve une sorte de gêne pénible, mais pas de douleur véritable ; elle n'avait aucun trouble abdominal, aucun dérangement intestinal ; elle continuait à manger, digérer, évacuer son intestin comme à l'ordinaire. Cependant, comme cette femme a la pratique des malades, elle s'inquiéta de voir persister et même grossir sa hernie et vint me demander de l'opérer. Quand elle entra dans mon service, samedi dernier, je vis au pli de l'aîne, à droite, une tumeur du volume d'un gros œuf, oblongue, à cheval sur l'arcade crurale, tendue, rénitente et même fluctuante, sans aucune altération des téguments, sans circulation collatérale. Cette tumeur est bien une hernie crurale, non seulement en raison de son siège et des caractères ci-dessus, mais aussi parce qu'en déprimant la paroi abdominale, on sent ou croit sentir un pédicule audessous de l'arcade ; en tout cas on éveille là, en un point précis, une douleur assez vive. Je porte le diagnostic d'épilocèle adhérente, avec sérosité concomitante. L'intervention que je pratiquai avant-hier confirma de tous points ce diagnostic.

Jusqu'à l'ouverture du sac herniaire ; il s'agissait bien d'une hernie crurale et il y avait de la sérosité en abondance dans le sac qui était bleuâtre, translucide ; mais quand cette sérosité eut été évacuée, je ne trouvai, non sans étonnement, dans le sac, rien autre qu'un appendice, érigé en crosse, turgescent, à surface extense, grenue, dépolie. Ayant essayé

d'entraîner cet appendice et d'amener le cæcum au dehors, je n'y pus parvenir, car l'appendice et son méso était fortement enserrés au niveau du collet du sac. Après débridement, cette éviscération put se faire et je vis alors sur l'appendice et son méso un sillon très profond d'étranglement, siégeant à 1 centimètre environ de l'origine même du diverticulum appendiculaire. Je fis la résection à la façon ordinaire, de cet appendice, et, après avoir enfoui le moignon dans le cæcum, je rentrai le tout dans le ventre et n'eus plus qu'à fermer l'orifice crural. Il s'agit donc bien nettement ici d'une hernie de l'appendice et d'un étranglement de cet appendice hernie. La petite réaction inflammatoire déterminée par cet étranglement avait provoqué l'épanchement de sérosité que je vous ai signalé plus haut. Chose curieuse, cette malade n'a eu aucun accident du fait de cet étranglement.

OBSERVATION XI

Guinard, *Soc. de Chir.*, Paris, 1896.

Mme L..., 45 ans, portait depuis 2 ans une hernie crurale droite, qui était parfaitement réductible et qu'elle contenait ordinairement par un bandage.

Le 5 mai, au moment de se mettre au lit, elle retire son bandage ; sa hernie sort, elle essaie de la réduire, ne peut y réussir, ce qui ne l'empêche pas de se coucher et de dormir.

Le lendemain, *au réveil*, dit l'auteur, preuve qu'elle avait bien dormi, cette femme ressent quelques douleurs *un peu partout*, mais elle va à son travail et continue à vivre comme d'habitude jusqu'au 7 mai, c'est-à-dire durant 4 jours, conservant l'appétit et ses bonnes digestions ; tout était normal, ce sont les termes de l'observation.

Le 8 mai, inquiète de ne pouvoir rentrer sa hernie, souffrant en outre de quelques tiraillements dans le ventre, elle consulta son médecin, celui-ci, après un taxis infructueux, l'envoya à Lariboisière.

Entrée à l'hôpital le 8 mai au soir, elle est d'abord vue par l'interne de garde qui ne croit devoir déranger personne, et

c'est le 9 au matin que M. Guinard la trouva couchée dans un lit du service.

« Je trouve, dit-il, la malade dans l'état suivant : Pas de symptômes généraux, température et pouls normaux, pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre ; elle a eu une selle la veille, et a rendu des gaz par l'anus. Localement, petite humeur crurale du volume d'une petite noix, mate à la percussion, dure et douloureuse.

« Le diagnostic porté fut épiplocèle, et M. Guinard procéda à la kélotomie.

Aussitôt après avoir ouvert le sac herniaire, j'arrive sur une anse étranglée que je prend tout d'abord pour l'intestin grêle, mais dès que l'anneau est débridé, au moment où j'attire l'anse herniée au dehors, pour vérifier l'état des parties au-dessus de l'anneau herniaire, je vois sortir de la cavité abdominale l'extrémité libre de l'appendice, et en opérant une légère traction, j'amène au dehors la partie inférieure du cæcum. Je place aussitôt une ligature à la soie sur l'appendice à son insertion cœcale, et je le résèque au thermo. Je termine ensuite l'opération comme d'habitude ; je fais remarquer en passant qu'il n'y a pas trace de péritonite et que la malade n'a présenté aucune réaction générale pendant les jours qui ont suivi son opération.

En examinant avec soin l'appendice enlevé, nous constatons qu'il présente une longueur exagérée de 15 centimètres. L'étranglement porte sur l'appendice seul ; c'est-à-dire qu'on peut voir, appartenant à l'organe, un méso-graisseux qui allait du cæcum à l'extrémité libre de l'appendice sans être enserré par l'anneau herniaire. Cela explique comment les vaisseaux étant respectés, il ne s'est pas produit de sphacèle du bout périphérique.

Au niveau de l'agent d'étranglement, on voit sur l'appendice, deux anneaux qui marquent la place où le canal appendiculaire était oblitéré. Enfin, au-delà du point étranglé, l'appendice est dilaté et présente le volume d'une amande. En aucun point, on ne voit de perforation ni même de menace de sphacèle. Les parois de cette extrémité renflée et dilatée sont violacées et très congestionnées, mais le péritoine qui la revêt est lisse et dépourvu de toutes espèces de fausses membra-

nes ; en un mot, il n'y avait pas de péritonite péri-appendiculaire, pas trace d'adhérences. Cette cavité-close contient un liquide couleur chocolat, et on ne découvre sur la muqueuse aucune ulcération superficielle ou profonde.

OBSERVATION XII

M. Morestin, *Société de Chir*, Paris, 1909.

Le 26 décembre dernier entra dans mon service, à la maison Dubois, une femme de 58 ans, Elisa R..., qui présentait les signes d'une hernie crurale irréductible. Les accidents avaient débuté la veille, d'une façon brusque, par de vives douleurs à la racine de la cuisse. Une tumeur arrondie, du volume d'une noix, s'était en quelques heures développée dans cette région, où la malade n'avait jusque là jamais rien remarqué d'anormal. Après une assez mauvaise nuit, elle se fit conduire à Dubois. A ce moment le ventre était légèrement ballonné. La malade était dans un état de profond malaise, tourmentée par de fréquentes nausées. Mais il n'y avait pas complète suppression des gaz. La hernie, grosse comme une noix, et complètement irréductible, n'offrait d'autres caractère particulier que d'être très douloureuse au palper. Je pensai qu'il s'agissait peut-être d'un pincement latéral, peut-être d'une épiplocèle, mais qu'en tout cas il était prudent d'intervenir sans tarder.

L'incision du sac donna issue à une notable quantité de sérosité d'un rouge foncé. Dans l'intérieur du sac se dressait une masse allongée, noirâtre, présentant à sa partie antérieure des sortes de franges. Au premier abord je me demandai s'il ne s'agissait pas d'une hernie à la trompe. Mais en l'examinant je n'eus pas de peine à reconnaître l'appendice et son méso, ce dernier très gonflé, et pourvu de franges graisseuses qui s'étaient tuméfiées et infiltrées de sang. Ayant débridé l'anneau crural en dedans je pus attirer l'appendice, reconnaître le sillon d'étranglement et amener dans la plaie la plus grande partie de l'organe, mais il fut impossible de remonter jusqu'à son insertion cœcale.

Pour faire une ablation correcte, je dus relever le bord supérieur de la plaie, inciser au-dessus de l'arcade crurale. Je pus ainsi traiter convenablement le méso et le moignon de l'appendice : ce dernier, détaché, fut aisément ramené par la partie crurale de la plaie. Le sac extirpé, la paroi abdominale fut reconstituée et la plaie refermée.

Les suites furent simples ; la malade guérit en peu de jours, malgré une grippe intercurrente : sa plaie se cicatrisa par première intention et au vingtième jour elle quittait l'hôpital en excellent état.

OBSERVATION XIII

J.-H. Barbat, *Journal of American Med. Association*, 1904.

Mme C..., âgée de 69 ans, bien portante jusqu'alors, a part une douleur dorsale plus intense lorsqu'elle était assise que lorsqu'elle était debout ou qu'elle se promenait. A aucun moment elle n'observa de troubles au niveau de l'aine. Elle se leva un matin, se sentant parfaitement bien et prépara le déjeuner. Pendant le repas, elle fut prise de crampes et d'une douleur au bas-ventre, présentant le maximum d'intensité à droite. Elle se coucha immédiatement et découvrit une petite tumeur au niveau de l'aine droite. Elle appela l'attention de son mari sur ce fait, et lui, qui avait une hernie, pensa que sa femme se trouvait dans le même état et essaya de réduire la masse par le taxis, mais sans succès. On fit au niveau de la tumeur des applications chaudes. Je vis la malade à 7 h. du soir, juste 12 heures après l'attaque, et la trouvai souffrant d'une douleur intense, spasmodique, au niveau de l'aine droite, douleur s'irradiant vers l'abdomen et vers le dos. La douleur était plus intense au niveau du dos qu'aux autres points. Je note cette particularité, parce que je pense que la douleur dorsale que la malade avait auparavant était due au tiraillement du méso-appendice pendant la formation de la hernie qui, je le pense, existait quelque temps avant sa découverte ; mais qui n'avait jamais été apparente à cause de la couche épaisse de graisse qui la masquait. La malade

vomit légèrement une fois après le début de l'attaque. La température était de 38°3 et le pouls de 108. A l'examen, on découvrit une petite masse ayant de un pouce à un pouce et demi de diamètre située au ligament de Poupart et directement sur l'embouchure de la sa sphère. Cette tumeur était dure et douloureuse. Je fis le diagnostic de hernie crurale étranglée, et fis transporter la malade à l'hôpital en vue de l'opération. Quand le sac fut ouvert, il s'écoula quelques gouttes d'un liquide inodore, séro-sanguinolent. Alors on s'aperçut que le contenu du sac se composait de l'appendice, replié sur lui-même et étranglé au niveau de l'anneau externe. L'extrémité de l'appendice était au-dessus de l'étranglement et il fallut sectionner l'anneau d'un bout à l'autre pour libérer. Alors tout l'appendice sortit facilement.

Un fait intéressant se présenta alors : on vit que le sommet de l'appendice était sphacélé presque totalement, tandis que le reste était seulement congestionné, c'est ce qui prouvait que la double construction avait produit un étranglement plus précoce auprès du sommet qu'auprès de la base. En tirant doucement sur l'appendice, on attira le cæcum au dehors. L'appendice, traité comme à l'ordinaire, on enfouit le moignon suivant le procédé de (Danobam). L'orifice crural fut fermé en suturant au catgut le fascia pectinéal à la base profonde du ligament de Poupart et la plaie cutanée fut suturée.

OBSERVATION XIV

F. Legueu, *Soc. de Chir.*, Paris, 1906.

Mme T..., blanchisseuse, 53 ans, entre le 21 mars 1904, à l'hospice de Bicêtre, salle Desprès. Mariée à 24 ans, elle a eu quatre enfants, dont un^{seul} actuellement vivant (celui-ci vient d'être opéré d'adénite bacillaire du cou par M. Legueu).

Depuis le début de l'hiver, la malade tousse et présente des deux côtés des signes de bronchite avec prédominance au niveau du sommet droit.

Le mardi 15 mars, en lavant du linge, elle est prise d'une quinte de toux, et de coliques qu'elle attribue à un effort.

Ayant fini son travail, elle s'aperçoit qu'elle a une grosseur dans la région de l'aine droite grosseur qu'elle n'avait pas auparavant.

Le lundi suivant (21 mars) continuant à souffrir, la malade sur le conseil de son médecin, entre à l'hôpital.

La malade examinée, à son entrée, présente au niveau de la base du tr. de Scarpa une tumeur arrondie du volume d'un œuf de pigeon ; elle est très certainement sous-jacente à l'arcade crurale et correspond à la partie interne de l'artère. Cette tuméfaction est dure, mate à la percussion, douloureuse à la pression et irréductible. Il n'y a ni vomissements, ni accidents aigus d'étranglement.

La malade est opérée le 24 mars 1904. Chloroformigation. Incision classique de la hernie crurale. Découverte, libération et ouverture du sac herniaire qui contient l'appendice ainsi que des franges épiploïques péri-appendiculaires. L'appendice présente un étranglement net produit par le collet du sac, et qui persiste après section de l'arcade de Fallope et abaissement en masse de toute la hernie. Les franges épiploïques péri-appendiculaires étranglées sont noires sur une hauteur de 3 centimètres.

L'appendice, libéré, est lié, sectionné, et réduit ainsi que l'épiploon dont la portion douteuse est réséquée sous ligature.

Le sac herniaire, lié et excisé, on reconstitue la paroi en rapprochant l'aponévrose du pectiné du ligament de Poupert avec des crins de Florence. Les plans antérieurs sont également suturés aux crins.

Les suites opératoires furent excellentes. On enleva les fils au 10^e jour et la malade sortit le 17 avril, absolument guérie.

L'appendice, en amont de son point étranglé, ne présentait pas de lésions manifestes, bien qu'il y eût cavité close.

OBSERVATION XV

Dambrin, *Soc. de Chir.*, Toulouse, 1913.

Il s'agissait d'une hernie appendiculaire étranglée dans l'anneau crural. Ce fait a été publié dans les *Bulletins de la*

Société anatomique de Paris, du 25 juillet 1902. En voici le résumé : La malade, âgée de 48 ans, éprouve, la veille de son entrée à l'hôpital une douleur dans l'aine droite avec état nauséux, mais sans vomissements. Le lendemain, l'état s'aggrave légèrement, les douleurs augmentent d'intensité. Un médecin appelé constate dans l'aine droite une tumeur irréductible très douloureuse et envoie la malade à l'hôpital Laëmrec, dans le service de mon maître le Professeur Reclus. A l'examen, le ventre n'est pas météorisé. On trouve une tumeur du volume d'une noix, siégeant dans la région crurale droite. Elle est très dure, irréductible, très douloureuse à la palpation, à sa surface, la peau est normale. Faciès un peu grippé ; pouls à 100 ; température, 37° ; état nauséux ; pas de vomissements. La malade raconte que, de temps en temps, elle sentait dans l'aine droite une sorte de « cordon », qui ne la faisait pas souffrir.

Opération. — Après section de la peau et du tissu cellulo-graisseux, on tombe sur une tumeur violacée, grosse comme une chataigne, que l'on isole jusqu'à sa base au niveau de l'anneau crural. Après l'incision du sac, il s'écoule un jet de liquide brunâtre, d'odeur fade. On voit alors à l'intérieur du sac très mince, un organe ovoïde, de couleur violacée, noirâtre par places. Après débridement, on tire au dehors cet organe ; c'est l'appendice iléo-cœcal étranglé.

Résection de l'appendice à sa base après ligature. Le reste de l'opération ne présente rien de particulier. Suites parfaites ; fils enlevés le huitième jour, réunion par première intention.

L'examen de l'appendice enlevé présentait plusieurs points intéressants : Examen microscopique. — L'appendice, long de 4 centimètres, est étranglé vers sa base par un sillon très net. Sur une coupe, au niveau du rétrécissement visible à l'extérieur, l'appendice est étranglé à tel point que, sur une longueur de 5 millimètres, on retrouve difficilement sa lumière. L'extrémité de l'appendice est remplie d'un liquide sanglant, rouge, brun, assez épais. — Examen microscopique. — Au niveau du sillon d'étranglement, la muqueuse est en nécrose de coagulation totale. La sous-muqueuse est dissociée par des hémorragies interstitielles. — La couche musculaire est très

amincie, beaucoup de fibres n'ont plus de noyaux colorables. La couche sous-péritonéale est infiltrée de leucocytes.

OBSERVATION XVI

J. Tapie, *Arch. Prov. de Chir.*, 1904.

Volumineuses hernie de l'appendice seil. Accidents graves d'étranglement. Kélotomie. Réduction sans résection.

Guérison.

Mme B... est âgée de 67 ans, d'une santé délicate, mère de plusieurs enfants, maigre, nerveuse, souffre depuis plusieurs années de troubles digestifs, qui ont altéré sa santé et diminué ses forces.

Antécédents. — Mme B... eut, en 1888, il y a 15 ans, alors qu'elle avait 52 ans, une hernie crurale étranglée, à droite, pour laquelle je l'opérai : il s'agissait d'une entérocele avec étranglement ; l'opération de la kélotomie ne présenta rien d'extraordinaire, je réduisis l'intestin après débridement et complétab l'intervention par la cure radicale. L'opérée guérit vite et sans incidents. Pendant 6 ans, Mme B... resta complètement guérie sans récidive ; puis elle vit apparaître dans le pli de l'aîne, sur l'emplacement même de l'ancienne hernie, un corps dur, d'une dureté exceptionnelle, affirme la malade, qui rentrait facilement dans le ventre, mais sortait fréquemment, un bandage devint nécessaire, les maux de reins étaient fréquents, la digestion de plus en plus difficile.

Vers 1902, Mme B. ne quitta plus son bandage ; il m'a été impossible d'obtenir d'elle des renseignements précis sur la question de savoir si elle appliquait son bandage sur cette tumeur dure, non réduite ; à travers ses réponses imprécises et quelque peu contradictoires, j'ai cru pouvoir démêler la vérité ; depuis deux ans environ la hernie ne rentrait plus et le bandage était maintenu solidement appliqué sur elle ; il en résultait une gêne fréquente, des douleurs de ventre, accompagnées de ballonnement et de constipation. Nous arrivons ainsi aux premiers jours de décembre 1903 ; la

tumeur grossit, le port du bandage provoque plus de gêne que d'habitude. Le 9 décembre au matin, la hernie continue à augmenter de volume, le bandage doit être abandonné ; le soir du même jour éclatent de violentes coliques, persistent, les vomissements paraissent, l'état général revêt immédiatement un caractère sérieux. La malade qui se trouvait en ce moment à la campagne, est immédiatement transportée à Toulouse, où je suis appelé à la voir. Je lui trouve le faciès grippé, le pouls assez fort, la peau légèrement recouverte d'une sueur visqueuse et froide ; les vomissements sont incessants, la malade rejette tout depuis plus de 24 heures, même une cuillerée à café d'eau fraîche ; elle est très angoissée.

Passant à l'examen de la tumeur herniaire, je découvre sous l'arcade crurale droite une tumeur très dure, très douloureuse, allongée dans le sens transversal, marronnée, tendue, absolument irréductible, ayant à peu près le volume d'un gros œuf de poule. Le moindre contact exaspérait la douleur qui était à peu près constante ; et à cause de cela même, la malade repoussait toute exploration prolongée et *à fortiori* toute tentative de taxis. Je me trouvais en présence d'un étranglement herniaire, mais avec cette particularité remarquable qu'il y avait de temps en temps émission de gaz par le bout inférieur de l'intestin. Je pensai, puisque l'intestin restait perméable aux gaz, qu'il ne s'agissait peut-être pas d'une entérocele, mais bien d'une épiplocèle enflammée, une épiploïte herniaire me paraissait pouvoir rendre compte de tous les symptômes observés. Sans chercher à préciser davantage le diagnostic en présence de la gravité de l'état général, je proposai l'intervention, qui fut pratiquée le 10 décembre 1903, à 10 heures du soir

Opération. — Anesthésie sous chloroforme ; j'incise sous l'arcade crurale, suivant le grand axe de la tumeur ; je dissèque les adhérences fibreuses consécutives à la première opération ; j'arrive sur la tumeur ovoïde, j'incise prudemment la fine membrane qui la recouvre et que je crois être le sac herniaire ; par la petite ouverture, fait hernie une masse grasseuse jaunâtre, véritable lipome que je prends encore pour l'épiploon étalé au-devant de l'intestin hernié. En iso-

lant cette masse graisseuse, je la vois s'allonger en une masse unique qui reproduit la forme extérieure de la tumeur. A n'en pas douter, ce n'était pas là de l'épiploon.

Deux liens fibreux presque circulaires étranglaient de distance en distance cette masse cylindroïde, parallèle à l'arcade crurale.

Avec plus de prudence encore, j'incise cette graisse, et je découvre au centre un corps rougeâtre ; je le dégage avec l'index et le décortique de toute cette énorme atmosphère graisseuse qui l'environne.

Lorsque, non sans peine, j'ai mené à bien cet isolement complet, je reconnais un énorme appendice terminé en cul-de-sac, arrondi et rouge, incurvé vers le bord postérieur, et maintenu dans cette position par un méso qui se rompt sous mon doigt, laissant à nu la musculaire de l'appendice et l'artère du méso qui saigne légèrement.

Ce colossal appendice, long de 12 à 15 cm, gros comme un pouce d'adulte, constituait à lui seul tout le contenu herniaire.

Je le libère et le poursuis vers l'anneau où je le vois s'élargir s'épaissir et prendre le volume de l'intestin grêle. C'est en vain que je cherche à attirer au dehors son point d'insertion sur le cæcum ; des tractions assez énergiques, quoique prudentes, sont impuissantes à amener à l'extérieur, même après débridement de l'anneau, le cæcum qui reste énergiquement fixé dans la cavité abdominale.

La première idée qui se présente à mon esprit est de réséquer l'appendice ; mais cet appendice est tellement volumineux à sa base, déjà privée de péritoine sur sa face postérieure, du côté du méso déchiré, que son ablation ne peut en rien ressembler à celle d'un appendice ordinaire (ligature et suture du moignon).

Il faut ouvrir largement l'anneau, pratiquer une véritable hernio-laparatomie et pratiquer ensuite une résection régulière avec sutures soignées, comme dans l'entérectomie. L'état de l'opérée était déjà peu brillant et je pensai qu'une semblable intervention allait singulièrement aggraver, prolonger l'acte opératoire et compromettre probablement la vie de la malade.

Il m'en coûtait cependant de réduire un organe que je supposais pouvoir être ou *enflammé* ou *infecté*. Je le considérai attentivement ; il me parut rouge, congestionné, non tendu, considérablement hypertrophié dans ses tuniques musculaires, et autant qu'il me parut possible d'en juger, j'estimai que cet organe n'était pas enflammé mais simplement étranglé par l'anneau fibreux qu'il traversait. Je me décidai donc à réduire sans réséquer, persuadé que je prenais le parti le plus profitable à la malade.

J'avais préalablement péritonisé la face postérieure par trois points de suture au catgut sur les lèvres du méso ; j'excisai la masse de graisse, la membrane celluleuse qui tenait lieu de sac et je terminais par l'occlusion de l'anneau.

Les suites opératoires justifiaient ma manière de faire ; les symptômes d'étranglement cessèrent immédiatement ; dès le lendemain la malade était hors de danger. Huit jours après la guérison était complète.

Pendant un mois, la palpation me fit découvrir dans la fosse iliaque droite, l'appendice, gros et *un peu douloureux*. Mais le volume et la douleur allèrent tous les jours s'atténuant et, deux mois après l'opération, on ne sentait plus rien dans la fosse iliaque absolument indolore.

Mme B... digère bien mieux qu'avant l'opération et a recouvré une santé parfaite.

OBSERVATION XVII

Delore et Chaliér, *Lyon Médical*, 1907.

Femme de 30 ans, atteinte depuis 5 ans d'une hernie crurale droite. C'est à cause des douleurs qu'elle y ressentait quelquefois que cette femme venait réclamer la cure radicale. On constatait à l'anneau crural droit les signes propres aux anciennes hernies réductibles, dont le sac est plus ou moins perdu dans un lipome préherniaire.

Or, le lendemain, 8 novembre 1905, la situation avait changé. La malade avait eu des coliques abdominales et douleurs herniaires pendant la nuit. La hernie avait pris un

volume sérieux. La tension était manifeste, ainsi que son irréductibilité. Le diagnostic fut donc : épiplocèle étranglée probable.

La kélotomie, pratiquée par M. Delore, conduisit sur un sac de hernie crurale, rempli de liquide séreux et contenant un appendice vermiculaire franchement étranglé, il était rouge, congestionné, turgescant, de même que son méso, lui-même, gonflé par de véritables hémorragies interstitielles. L'appendice réséqué, lié et enfoui, montrait sous sa muqueuse une infiltration hémorragique récente. On y remarquait le sillon d'étranglement très net. L'opération fut terminée par la cure radicale. Guérison rapide. Si l'opération avait été retardée de quelques jours, nous ne mettons pas en doute qu'en présence de la gangrène de l'appendice, la plupart des chirurgiens auraient étiqueté cette observation : appendicite herniaire, alors qu'il s'agissait d'un étranglement primitif de l'appendice.

OBSERVATION XVIII

Quénu, *Soc. de Chir.*, Paris, 1903.

J'ai été appelé en consultation le 4 avril, par mon ami et ancien interne, le Dr Baudet, auprès d'une femme de 42 ans, atteinte depuis le 26 mars, c'est-à-dire depuis 9 jours, d'une hernie crurale droite irréductible.

Les accidents commencèrent par une douleur brusque au pli de l'aîne et l'apparition d'une tuméfaction qui se développa les jours suivants, mais sans provoquer de vomissements et sans interrompre ni la fonction intestinale ni la circulation des gaz.

Le 4 avril, nous constatâmes l'existence, sous l'arcade crurale, d'une petite tumeur ayant le volume d'un œuf de poule, mate, arrondie, bosselée, fluctuante, irréductible. Le ventre était légèrement tendu, sensible dans la fosse iliaque droite, surtout au-dessus de l'arcade.

Nous diagnostiquâmes une hernie épiploïque étranglée sans entéroccèle, et fûmes d'avis, néanmoins, d'intervenir de suite.

M. Baudet fit l'opération et je lui servis d'assistant. Le sac ouvert, et du liquide citrin, s'étant écoulé, nous trouvâmes l'appendice dans la hernie, rouge, congestionné, épaissi et étranglé vers sa partie moyenne. Pas trace d'épiploon. Après débridement, nous attirons le cæcum dans la plaie, constatons l'existence d'un sillon à la surface externe de l'appendice. L'appendice est réséqué à sa base, et le moignon cautérisé à l'aponévrose du pectiné. Suites opératoires normales. Levée au 21^e jour.

La malade, qui se plaignait de douleurs gastriques dans une période de six mois qui a précédé l'opération, n'en a plus depuis.

L'appendice enlevé a été examiné par notre chef de laboratoire, M. Landel, spécialement au niveau de l'étranglement, et nous présentons le dessin très démonstratif d'une coupe histologique passant à ce niveau. Il existe assurément des lésions inflammatoires, mais assurément secondaires, car elles vont en décroissant de la partie étranglée vers le reste, et, à une petite distance de l'étranglement, les coupes montrent un appendice presque sain, seulement plus vascularisé qu'à l'état normal.

Au niveau de l'étranglement, on constate la destruction complète de la muqueuse, couches glandulaires et folliculaires, de la sous-muqueuse et de la plus grande partie de la couche musculaire circulaire. Au contraire, le péritoine et la couche longitudinale lisse sont indemnes.

Ces préparations vérifient donc pour l'appendice ce que les recherches de Gosselin, Labbé, Nicaise avaient montré pour l'intestin, au moins quant à l'ordre suivant lequel se fait la destruction des tuniques. Il semble bien, à l'examen des pièces, qu'il s'agisse d'un processus nécrobiotique de la muqueuse et des couches sous-jacentes.

OBSERVATION XIX

Bleynie et Descazals, *Limousin Médical*, 1904.

Le 29 décembre 1902, je fus appelé en consultation auprès

d'une malade de mon confrère et ami le Dr Pierre Bleynié, que ce dernier avait vue la veille pour la première fois.

Rien de spécial ou d'intéressant à noter dans les antécédents de Mme O..., âgée de 55 ans.

Cette malade se plaignait d'avoir ressenti 8 jours auparavant une douleur brusque au niveau de la partie inférieure droite de l'abdomen, suivie bientôt de vomissements. Puis, la douleur diminua peu à peu d'intensité, les vomissements se calmèrent et la malade put continuer à vaquer à ses occupations. Cependant, il persistait, dans la région de l'aîne, du côté droit, une douleur peu intense, mais continuelle, qu'exagérât la station verticale, si bien que la malade marchait légèrement inclinée en avant. Mais ce ne fut pas la douleur qui détermina la malade à consulter le Dr Bleynié, ce fut la présence d'une saillie apparue à la région douloureuse. Lorsque nous examinons Mme O..., 8 jours après le début des accidents, l'état général était parfait. Le pouls calme et normal, pas de vomissements, pas de ballonnements du ventre ; il y avait une selle de gaz depuis le commencement de la maladie. La température était normale, il existait à la région crurale une petite saillie allongée dans le sens transversal et située un peu au-dessous de l'arcade de Fallope. La peau, d'aspect normal, glissait facilement sur cette petite tumeur que la palpation, légèrement douloureuse, révélait irréductible et bosselée. Les efforts de toux commandés à la malade ne modifiaient pas le volume de la partie saillante et on n'y percevait aucun phénomène d'impulsion. L'idée d'une masse ganglionnaire ne nous arrêta pas longtemps à cause du début rapide et aussi parce qu'il n'existait aucune lésion pouvant expliquer une adénité. Restait donc la possibilité d'une hernie crurale, dont le contenu ne pouvait être que de l'épiploon, le diagnostic expliquait en effet l'aspect bosselé de la tumeur, la persistance du bon état général et l'absence de phénomènes d'obstruction. L'irréductibilité et le manque d'impulsion pendant l'effort, ainsi que la douleur accrue pendant les derniers jours nous firent conclure à l'étranglement de la portion d'épiploon hernie. Ces considérations nous firent proposer une intervention qui fut acceptée et pratiquée le lendemain 30 décembre. Après incision de la peau, je trouvai la

masse principale, grosse comme une noisette, entourée de tissu cellulaire œdématié et d'aspect inflammatoire, si bien que je reviens, à ce moment, à notre première idée d'adénite. Malgré une dissection prudente, je ne pus trouver de sac et l'ouverture de la petite tumeur laissa échapper une très petite quantité de liquide louche en traînant quelques parcelles de tissus nécrosés. En voulant enlever un débris sphacélé et plus volumineux que les autres, j'attirai au dehors un cordon lisse qu'un examen attentif me montra être l'appendice. Son extrémité seule était atteinte, le reste était absolument sain jusqu'à l'insertion au cæcum. Ce ne fut du reste qu'en débridant l'arcade crurale que je pus atteindre le cæcum, car l'orifice par lequel sortait l'appendice était extrêmement petit, au point que je me suis demandé depuis s'il s'agissait bien du canal crural et non pas d'un orifice spécial creusé au travers de l'arcade.

Je réséquai l'appendice au ras du cæcum, refermai l'orifice et suturai la peau sans drainer après un nettoyage minutieux de l'espèce de coque ou était enfermé l'extrémité libre de l'appendice. Les suites opératoires, furent des plus simples et la malade guérit sans incident.

OBSERVATION XX

Naquet, *Thèse de Paris*, 1900.

A..., blanchisseuse, 29 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur peu volumineuse, très douloureuse, siégeant du côté droit, au niveau de la racine de la cuisse.

La malade raconte qu'elle avait constaté depuis de longues années l'existence de cette tumeur mais, n'en souffrant aucunement, elle n'y avait pas accordé d'attention. Le samedi soir, en rentrant de son travail, elle a été prise de colliques très violentes, suivies bientôt de vomissements alimentaires, puis bilieux. La tumeur avait augmenté légèrement de volume et était extrêmement douloureuse à la palpation. La malade rentre à l'hôpital le lendemain matin. La constipation est absolue, mais les gaz continuent à passer. Le pouls est petit et

accélééré, le ventre ballonné, le faciès grippé. En présence de ces symptômes, on conclut à une épiplocèle étranglée et la kélotomie est pratiquée d'urgence. A l'ouverture du sac, on tombe sur un appendice très long, étranglé au niveau du bord libre du ligament de Gimbernat. Il y avait un sillon d'étranglement net. On pose une ligature à la base de l'appendice et on le sectionne au thermo-cautère. Le moignon est encapuchonné, suivant le procédé de M. Kuliez. Les suites furent excellentes, la malade sortit de l'hôpital le quinzième jour. L'appendice examiné mesurait une longueur de 16 cm. La cavité était dilatée mais ne renfermait aucun corps étranger. Il n'y avait pas menace de perforation, mais la stricture était très étroite et la malade a certainement retiré un très grand bénéfice de la rapidité de l'intervention.

OBSERVATION XXI

Gallois, *Lyon Médical*, 1912.

Homme de 69 ans, demeurant à Sainte-Foy. Il y a quatre jours, en voulant déplacer une échelle, il fit un faux mouvement et ressentit une vive douleur dans la région inguinale droite, suivie presque aussitôt de l'apparition d'un tuméfaction du volume d'une noix. Il continue son service, mais, devant la persistance des douleurs et de la tuméfaction, il s'inquiète, s'alite et fait venir un médecin qui constate une hernie irréductible et l'envoie à l'hôpital.

L'opération a été pratiquée ce matin ; j'ai trouvé tout d'abord le cordon enflammé et très gros et au milieu des éléments du cordon un sac herniaire épaissi, enflammé. Le sac ouvert, je vis l'extrémité libre de l'appendice. Pour l'attirer au dehors, il fallait débrider l'anneau ; l'appendice fut ensuite réséqué à sa base.

Sur cette pièce, on voit le sillon d'étranglement à 2 cm de l'extrémité libre.

La partie étranglée est rouge, tuméfiée, sur le point de se sphaceler ; à l'intérieur de la cavité, il n'y a pas de pus. Ces lésions sont en somme assez semblables à celles que l'on observe dans les segments de l'intestin grêle étranglé.

OBSERVATION XXII

Rochard, *Soc. de Chir.*, Paris, 1904.

X..., 70 ans, entre à l'Hôpital Tenon, le 11 novembre, avec le diagnostic de hernie étranglée.

Elle se plaint de douleurs au niveau de l'aîne droite, ayant apparu il y a trois ou quatre jours.

L'interrogation nous apprend que la malade n'a pas eu de selles depuis bientôt trois jours, mais elle a rendu des gaz dans la journée. Elle a eu des nausées, mais pas de vomissements. Le ventre est un peu ballonné, mais souple et non douloureux. Au niveau de la région crurale droite, on constate la présence d'une petite masse arrondie, douloureuse à la pression et irréductible. Elle se prolonge en haut sous l'arcade par une cordon de la grosseur du petit doigt.

Le pouls est bien frappé et 84. La température est de 37°7.

L'état général est bon.

En présence de ces signes, on fait le diagnostic de hernie crurale probablement légèrement étranglée et l'on se décide à intervenir.

Opération. — On tombe sur un sac se continuant par un cordon semblant remonter très haut sous l'arcade crurale. Ce sac est épaissi, adhérent aux parties voisines et nous présente un rétrécissement un peu au-dessous de l'arcade.

Après section de cette arcade et ouverture du sac, on voit que le contenu de la hernie est constitué entièrement par l'appendice et que ce dernier est étranglé à 2 centimètres environ au-dessus de son extrémité inférieure.

L'agent d'étranglement est formé par une sorte de petit diaphragme dépendant du sac.

Au-dessus de l'étranglement, l'appendice paraît complètement sain et de la grosseur d'un crayon ordinaire.

Au-dessous, il est renflé en massue et atteint la grosseur d'un médius.

Il est noirâtre, ecchymotique, adhérent au sac.

Entre les deux portions, il existe un sillon, profondément marqué, déterminé par le diaphragme du sac. On enlève cet

appendice (il a une longueur de 10 cm) et on fait la cure radicale de la hernie.

La malade n'avait souffert du ventre à aucun moment, et elle ne s'était jamais aperçue de la présence de sa hernie crurale.

Guérison rapide.

OBSERVATION XXIII

Leriche et Dufourt, *Soc. des Sc. méd.*, Lyon, 1912.

Femme de 70 ans, qui présentait depuis 5 ans une hernie crurale droite. — Le 11 novembre dernier, elle ressentit, après un effort, une vive douleur au pli de l'aîne, au niveau de sa hernie, et dans la même journée deux vomissements. Mais elle continue à avoir des selles et l'état général s'altère. Le surlendemain 13 novembre, à l'Hôtel-Dieu ? M. Leriche, aidé de M. Payot, interne des hôpitaux, intervint et trouva dans le sac du liquide hématique, un appendice libre très congestionné, étranglé à son tiers intérieur, qui fut réséqué et que voici. Il est, vous le voyez, extrêmement long.

OBSERVATION XXIV

Martin Klein, *Centr. f. Chir.*, 1919 (1).

Le 10 août 1917, entre dans la Clinique israélite de Berlin un enfant d'un an présentant une tumeur du scrotum du côté droit. La date de l'apparition de cette tuméfaction était imprécise. Cependant, la mère remarqua la tumeur quand l'enfant, il y a quelques jours, se mit à souffrir. Il n'y avait ni vomissement, ni colique ; les selles étaient régulières, la température normale, l'enfant ne porte pas habituellement de bandage.

Chez cet enfant bien constitué, la moitié droite du scrotum montrait une tuméfaction qui débordait extérieurement

(1) Nous donnons cette observation comme type d'un étranglement tout à fait au début.

l'arcade crurale. On sent dans la vaginale le testicule droit et, à côté de celui-ci, un cordon du volume du petit doigt, lisse, cylindrique, qui s'érige sous une pression un peu forte.

On peut provoquer cette érection par une palpation répétée, un peu vive. Par elle, l'organe se redresse facilement, soulevant les enveloppes qui le recouvrent.

On peut palper tout le cordon jusqu'à son extrémité libre. Les tentatives de réduction sont vaines et douloureuses.

On porte le diagnostic d'appendice dans un sac herniaire.

A l'opération sous anesthésie à l'éther, on libère le sac ; il est de la grosseur d'une noix. A l'ouverture, s'écoule une sérosité claire. Le cordon déjà reconnu à l'examen comme étant l'appendice se montre tel à la palpation. On réussit à attirer si loin l'abouchement de l'appendice au cæcum que par une traction de l'appendice la base put être traitée.

On termine l'opération par un Bassini. L'organe est long de 10 cm, de la grosseur d'un crayon. A l'extrémité proximale, au-dessous de l'abouchement, se trouve un anneau d'étranglement ne comprenant que la séreuse. Il y a un peu de rougeur de la séreuse. La cavité contient un peu de mucus et de matières. La muqueuse est pâle. Aucune perte de substance n'est reconnue.

L'enfant fut rétabli au bout de trois semaines.

OBSERVATION XXV

M. Rozenberg, *Deut. Méd. Wochen.*, 1920.

Femme de 46 ans, deux accouchements, ayant été opérée 10 ans auparavant d'une plastie périnéale. Elle souffrait souvent de douleur dans la région cæcale. Malgré de nombreux examens on ne trouva pas chez elle les indications d'une opération. Le 27 décembre 1919, la malade tomba brusquement dans la rue. Sa hernie crurale droite qui existait depuis des années mais avait toujours été réductible, s'étrangle. Entrée immédiate à la clinique. A l'examen, c'est une femme pâle mais bien constituée. Température à 37°2. Pouls accéléré assez fort. A part les bruits cardiaques qui sont bas et sourds, les autres organes thoraciques ne présentent aucun signe particulier.

A la partie moyenne du ligament de Poupart droit se trouve

une tumeur tendue extrêmement douloureuse, pédiculée, du volume d'un œuf de pigeon, non réductible. La peau, au-dessus d'elle, est peu modifiée et n'est pas rouge.

Opération sous rachi-anesthésie. On fait une section transversale sur le point culminant de la tumeur et on libère le sac herniaire qui, à l'ouverture, révèle plusieurs diverticules avec un contenu séro-hématique peu abondant et avant tout dans les profondeurs l'appendice coloré en bleu rouge fortement serré un peu au-dessous de son milieu.

Après libération de l'étranglement, on réussit à attirer complètement le long appendice qui s'y trouve et dont le mésentère est très tourmenté et gras, sous le ligament de Poupart, et à l'attirer jusqu'à son insertion sur le cæcum. Appendicectomie typique. Comme il n'y a aucun exsudant dans le Douglas, l'orifice crural est solidement fermé par quelques points qui sont placés à travers l'arcade crurale et les muscles adducteurs. Suture des fascias au catgut, fermeture des téguments. Un collapsus survenant vers la fin de l'opération est combattu immédiatement avec succès par une injection intra-veineuse de strophanthine.

.....
La malade quitte la Clinique au 12^e jour.

Description de la pièce. — Appendice long de 12 cm. La séreuse a perdu son brillant de miroir. A peu près au milieu de l'appendice une forte stricture est visible, raison pour laquelle la partie distale de l'appendice est colorée en bleu rouge. La partie cæcale de l'appendice est de coloration normale. A l'intérieur de l'appendice pas de calcul, pas de pus ; on y trouve seulement un peu de mucus mêlé de sang.

Muqueuse un peu rouge, inflammation au-dessous de stricture.

OBSERVATION XXVI

M. Rozenberg, *Deut. Med. Wochen.*, 1920 (1).

Homme de 72 ans, marchand. Depuis environ 10 ans, le

(1) Nous donnons cette observation comme un type d'étranglement arrivé à la période de sphacèle.

malade souffre d'asthme, d'origine cardiaque et de catarrhe bronchique. Pour cela il faisait chaque année une cure dans une station pour cardiaques.

A la suite de quintes de toux, en 1917, il s'établit du côté droit une hernie inguinale qui fut maintenue par un bandage.

Depuis 8 jours, le patient a pris froid, tousse beaucoup, expectore des crachats muco-purulents. Le 22 décembre 1919, brusquement, après une violente quinte de toux, la hernie inguinale sortit.

Le ventre était ballonné. Il n'y avait pas de vomissements et le 24 décembre, jour de l'entrée du malade à la clinique, ce dernier avait eu une selle spontanée. Le médecin appela le Professeur Katenstein qui conclut de suite à l'opération dans le but d'une reposition en bloc et parce que la partie supérieure du ligament de Poupart offrait une résistance massive.

A l'examen c'est un patient d'aspect misérable, au teint jaunâtre. La température est normale. Le pouls est petit, accéléré, irrégulier. La langue reste cependant humide.

.....
...le ventre est ballonné. On sent une résistance de la partie supérieure de l'aine droite. Dans la région inguinale droite elle-même, on sent une tumeur du volume d'un œuf de poule, irréductible, fluctuante, pédicule qui siège à la partie la plus externe de l'anneau inguinal externe.

Opération sous rachi-anesthésie. Incision de la région inguinale. Après libération du sac et son ouverture il s'écoule une sérorisité un peu purulente, louche, mais le sac est vide. Après débridement de l'anneau d'étranglement, on réussit avec les doigts introduits au fond du sac à luxer au dehors l'appendice coloré en bleu noir avec nécrose à son extrémité. On pût attirer l'appendice à l'extérieur de telle sorte qu'il pût être réséqué à sa base. Le cæcum n'est pas altéré. Enfouissement du moignon. La plaie est fermée jusqu'en un point où une mèche de gaze est placée au contact du moignon.

Le malade sort guéri au bout de trois semaines.

Description de la pièce. — Appendice long de 10 cm, gon-

flé en massue. L'extrémité distale à partir du sillon d'étranglement est coloré en bleu noir sur une longueur de 7 cm. La paroi est elle-même mince. Au dessus de la stricture, l'appendice est légèrement rouge. A l'intérieur, pas de pus. La muqueuse à l'extrémité est informe, ulcérée, hémorragique.

OBSERVATION XXVII

Clinique de M. le Professeur Tixier

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé P. Bonnet

S..., épouse J..., 68 ans, étant porteur depuis 20 ans d'une hernie crurale facilement réductible.

Il y a 14 ans, elle présente des accidents d'étranglement atténués qui cédèrent en 3 ou 4 jours à des applications de glace.

Depuis cet incident, elle portait un bandage qui maintenait la hernie réduite.

Il y a un mois environ, la malade supprime le bandage dont le port était douloureux en raison de la compression qu'il exerçait sur l'épine du pubis.

Quelques jours après, le 16 janvier, un matin, à l'occasion d'un effort de toux, la hernie fit subitement irruption et devint irréductible.

La palpation en était douloureuse et les tentatives de réduction faites par la malade puis par le médecin restèrent infructueuses.

Au neuvième jour de l'étranglement, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Les symptômes d'étranglement étaient réduits au minimum : la malade, pendant ces 9 jours, n'avait pas eu un seul vomissement, elle avait continué comme auparavant à aller à la selle une fois par jour très régulièrement et à émettre des gaz.

L'état général, à l'entrée, était relativement bon ; la température était à 37°4.

Les seuls symptômes positifs étaient l'irréductibilité de la hernie crurale et la sensibilité à la palpation.

On porte le diagnostic d'épiplocèle étranglée.

A l'opération, le sac contenait une assez grande quantité de sérosité sanglante. On reconnut de suite l'appendice étranglé seul sans épiploon, rouge, turgescant, à méso gras extrêmement épaissi. En l'attirant prudemment on reconnaissait un sillon net d'étranglement et du côté proximal un appendice normal, pas même rouge, comme on l'a observé dans les cas de ce genre.

Il s'agissait de réséquer l'appendice. La voie crurale était impraticable, car l'orifice herniaire était serré et on ne pouvait songer sans risque à attirer l'appendice jusqu'à son insertion cæcale.

La section de l'arcade crurale dans le but de donner accès sur le cæcum eut été une mutilation inutile d'une réparation problématique.

La voie abdominale par une incision de Jalaguier n'aurait pas donné accès sur l'appendice étranglé et qu'il convenait de ne pas attirer dans le grand ventre.

On intervint donc par hernio-laparatomie oblique immédiatement au-dessus de l'arcade.

Le trajet inguinal fut incisé, les vaisseaux épigastriques systématiquement liés et le péritoine incisé. On se trouva immédiatement en présence de l'implantation cæcale de l'appendice.

Une aiguille de Cooper permit de passer sous l'appendice deux fils dont l'un fut serré sur la base de l'appendice et l'autre sur le méso.

L'appendice, sectionné au thermo-cautère, entre deux ligatures, fut enfoui et la paroi complètement refermée.

On se porte alors sur le sac crural pour extraire l'appendice devenu libre dans le sac, réséquer le sac et drainer la région crurale.

L'appendice extrait est serré à l'union du $\frac{1}{3}$ supérieur et de ses $\frac{2}{3}$ inférieurs. Sain au niveau de l'extrémité proximale, il est, au contraire, rouge, tuméfié, doublé d'un énorme méso dans la partie étranglée.

Suites opératoires de la plus grande simplicité.

CONCLUSIONS

1° L'étranglement de l'appendice est, à l'heure actuelle, nettement individualisé et distinct de l'appendicite herniaire.

2° Il s'observe le plus souvent chez des femmes âgées et dans l'orifice crural.

3° Les lésions anatomiques sont l'abord des lésions typiques d'étranglement. Secondairement, la gangrène herniaire s'installe et il n'est pas possible de distinguer anatomiquement les lésions de l'étranglement de l'appendice de celles de l'appendicite herniaire.

4° Les symptômes sont assez caractéristiques au début. Ce sont des signes d'étranglement herniaire, avec comme caractère distinctif l'absence des symptômes d'occlusion : l'arrêt des matières et des gaz manque dans la majorité des cas et les vomissements sont rares.

Plus tard, les signes de gangrène herniaire de l'appendice se confondent avec les signes de l'appendicite herniaire.

5° Le diagnostic le plus habituellement porté, en raison de ces symptômes, est celui d'épiplocèle étranglée. Il est

difficile de distinguer l'étranglement de l'appendice de l'épiplocèle étranglée. En pratique, au début du moins, le diagnostic ne se pose pas entre l'étranglement de l'appendice et l'appendicite herniaire.

6° Le pronostic ne peut être établi de façon précise, car il se confond avec celui de l'appendicite herniaire.

Un certain nombre de cas étiquetés appendicites herniaire gangrenés ne sont probablement que des étranglements de l'appendice parvenus à la phase de gangrène herniaire.

7° Le traitement doit être l'appendicectomie. La voie habituellement employée a été la kélotomie par voie crurale agrandie dans les cas difficiles vers la cavité abdominale par section de l'arcade crurale.

Nous croyons qu'on doit préférer à cette manière de faire la hernio-laparotomie dans les hernies inguinales, la laparotomie secondaire, parallèle à l'arcade dans les cas où la kélotomie ne permet pas une appendicectomie facile, la section de l'arcade nous paraissant une manœuvre à éviter.

Vu :

Le Président de thèse,
TIXIER.

Vu :

Le Doyen,
J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 13 juin 1922.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université
J. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- J.-H. BARBAT. — *Journal of American Medical Association*, 1904.
- BLEYNE et DESCAZALS. — Gangrène de l'appendice herniaire. *Limousin Médical*, juillet 1904.
- BOUILLET. — *Thèse de Bordeaux*, 1899.
- DAMBRIN. — Etranglement de l'appendice hernié. *Soc. de Chir. Toulouse*, 1913.
- DELORE et J. CHALIER. — Etranglement herniaire de l'appendice, *Lyon Médical*, 1907, T. II.
- ESNOULT (H.). — *Thèse de Paris*, 1914.
- GALLOIS. — Hernie étrangl. de l'appendice. *Lyon Méd.*, 1912.
- GUINARD. — (Rapp. de M. Routier). — Réflexions sur l'appendicite à propos d'une hernie étranglée de l'appendice. *Soc. de Chir. Paris*, 1896, p. 744.
- HEMMSTED. — *British Medical Journal*, 1900, p. 1640.
- JAJA. — 13^e Congrès italien de chir. *In Revue de Chir. Paris*, 1899.
- JACQUEMIN (F.). — *Thèse de Paris*, 1905.
- KLEIN (M.). — Ist die gesunde Appendix in Bruchsack diagnostizierbar ? *Centr. f. ch.*, 46, 1919, p. 534.
- LE DUIGOU. — *Thèse de Paris*, 1905.
- F. LEGUEU. — Etranglement de l'appendice dans une hernie crurale. *Soc. de Chir. Paris*, 1904.
- LERICHE et DUFOURT. — *Soc. Sciences médicales*, Lyon, 1912.
- MASSOULARD. — Etranglement herniaire de l'appendice et appendicite herniaire. *Arch. Prov. de Chir.*, 1906, p. 220-236.

- MAUCLAIRE et DAMBRIN. — Hernie appendiculaire étranglée dans l'orifice crural. *Soc. Anat.*, 1902, p. 733.
- MORESTIN. — Etranglement crural de l'appendice. *Soc. de Chir. Paris*, 1909, p. 383.
- NAQUET. — *Thèse de Paris*, 1900.
- R. OLLERENSHAW. — *The Lancet*, 18 mars 1911, p. 734.
- OSTY. — *Thèse de Paris*, 1901.
- PILLEBOUE (L.). — *Thèse de Montpellier*, 1905.
- POHL-UBER. — Einklemmung des Wurmfortsatzes. — *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 2 juin 1914.
- POLLOSSON. — De l'étranglement de l'appendice iléo-cœcal, *Lyon Médical*, 1893.
- POTHERAT. — Etranglement de l'appendice iléo-cœcal en hernie crurale droite. *Soc. de Chir. Paris*, 1909, p. 659.
- QUÉNU. — Hernie crurale de l'appendice étranglée. Examen histologique. *Soc. de Chir., Paris*, 1903.
- RICOU. — Hernie crurale appendiculaire étranglée. *Soc. Anat.*, 1905, p. 96.
- ROZENBERG (Berlin). — Etranglement de l'appendice non enflammé (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1920, t. XLVI, p. 1360).
- ROLLAND (G.). — *Thèse de Montpellier*, 1913.
- SCHNITZER. — *Thèse de Tübingen*, 1908.
- TAPIE. — De l'étranglement dans la hernie de l'appendice. *Arch. Prov. de Chir.*, 1904.
- TOURNEUX (J.-P.). — Un cas d'étranglement de l'appendice. *Soc. de Chir. de Toulouse*, 1913.
- THON (J.). — Inflammation et étranglement de l'appendice dans le sac herniaire. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1910.
- VILLEMEN. — *Soc. de Chir.*, Paris 1908, p. 682.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	5
Etiologie	9
Anatomie pathologique	11
Symptomatologie	16
Diagnostic	21
Traitement	24
Résultats	30
Observations	31
Conclusions	68
Bibliographie	70
